سيكولوجية الأطفال

ذوي الإحتياجات الخاصة

مقدمة في التربية الخاصة

The Psychology Of Children

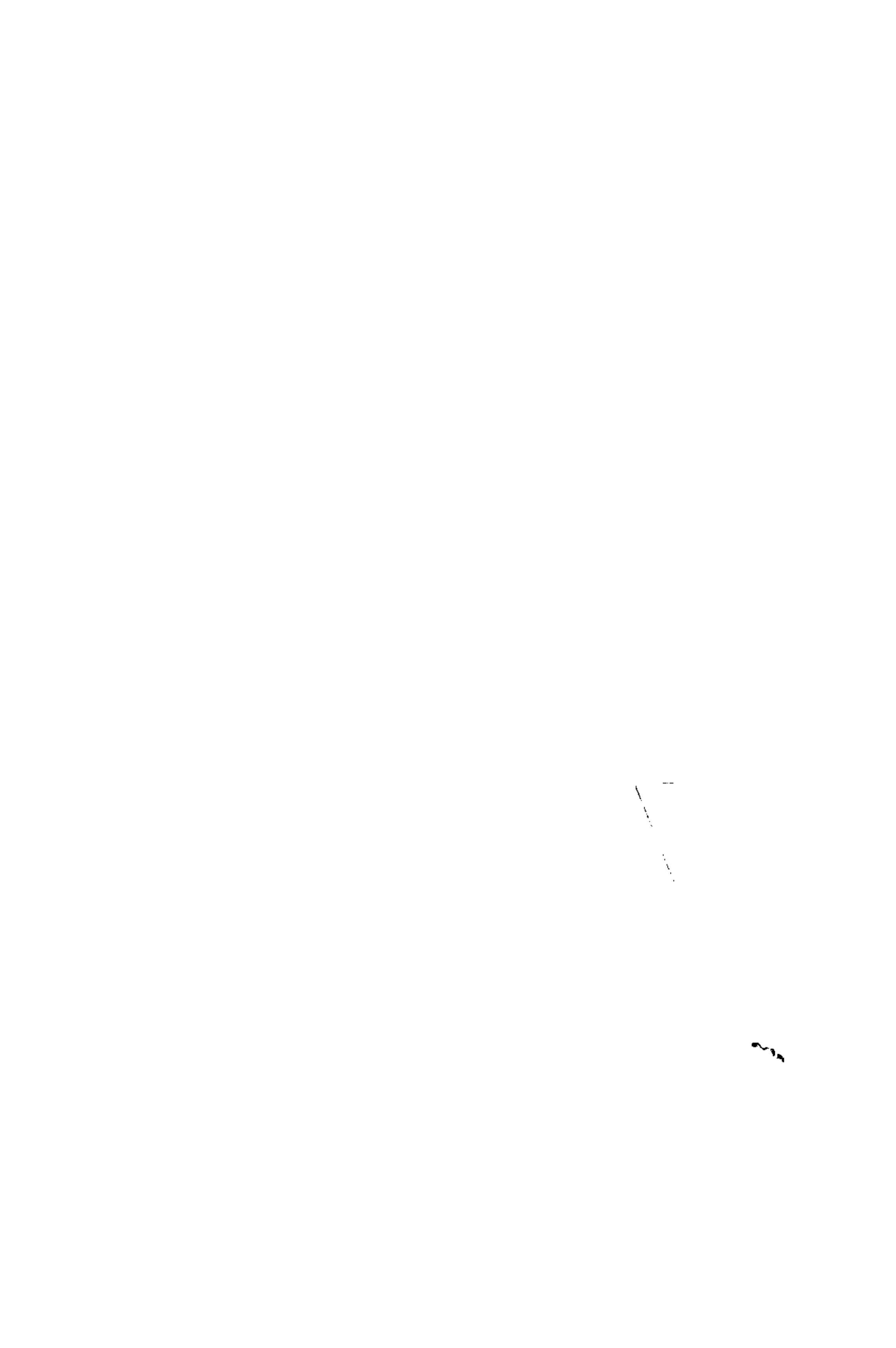
With Special Needs

Introduction To Special Education

الدكتور مصطفى نوري القمش

الدكتور خليل عبد الرحمن المعايطة







سيكولوجية الأطفال

ذوي الإحتياجات الخاصة

مقدمة في التربية الخاصة

رقـــــم التصنيـــــف : 371,9
المؤلف ومن هو في حكمه: مصطفى القمش، خليل المعايطة
عنـــــوان الكتـــــاب: سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة: مقدمة في التربية الخاصة
رقـــــم الايـــــداع : 2006/ 8/2356
الـــواصفـــــــــات: /التربية الخاصة//التعليم الخاص//سيكولوجية الأطفال// المعوقون// طرق التعلم//التعلم/
بيـــانـــات النـــشر : عمان - دار المسيرة للنشر والتوزيع
* - تم اعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية

الطبعة الأولى

2007م - 1427هـ



للنشر والتوزيع والطباعة

عمان-العبدلي-مقابل البنك العربي
هاتف:5627049 فاكس:5627059
عمان-ساحة الجامع الحسيني-سوق البتراء
هاتف:4640950 فاكس:4617640
ص.ب 7218 - عمان 11118 الأردن

www.massira.jo

سيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة

مقدمة في التربية الخاصة

الدكتور مصطفى نوري القمش

الدكتور خليل عبد الرحمن المعايطة



الإهــداء

- إلى تلك الأيادي التي امتدت بكل رفق لتعـانق أحـلامي وطمـوحـاتي وتلفـها بالحب والحنان كي تخرج الى النور.

أمي وأبي ... حفظهما الله

- إلى من وقفت الكلمات حائرة أمام وصف حبّي واحترامي لها.....

زوجتي

- إلى تلك النجوم التي تسطع في سمائي كل ليلة.

ابنتي تالا وابني زيد .. حفظهما الله

- إلى كل من تمنى لي الخير... أهدي جهدي المتواضع هذا.

د. مصطفى نوري القمش



- إلى أمي .. عرفاناً وامتناناً لحبها وعطفها
- إلى زوجتي .. لتشجيعها ودعمها
- إلى أبنائي جميعاً .. حفظهم الله

أهدي هذا الكتاب

د. خليل المعايطة

الفهرس

المقدمة................................ أ 11

الفصل الأول: مفاهيم وقضايا أساسية في التربية الخاصة

الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة / الأطفال غير العاديين 17

ما هي التربية الخاصة ؟ 19

ما هي فئات الأطفال غير العاديين ؟ 20

واقع الأطفال غير العاديين........ 20

الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة 21

الأهداف التي تسعى التربية الخاصة إلى تحقيقها........ 22

الإستراتيجيات التي تستند عليها التربية الخاصة 22

العوامل التي ساعدت على تطور التربية الخاصة 24

تعديلات التربية الخاصة (بيئة التعلم / البدائل التربوية) 24

التدخل التربوي في مجال التربية الخاصة 30

المراجع........ 32

الفصل الثاني: الإعاقة العقلية

أهمية دراسة الإعاقة العقلية 35

المراحل التي مرت بها المجتمعات الإنسانية للإستجابة لظاهرة الإعاقة العقلية 35

الإتجاهات نحو الإعاقة العقلية 37

تعريف الإعاقة العقلية 40

واقع الإعاقة العقلية ومدى انتشارها 43

العوامل التي تساهم في زيادة أو نقصان نسبة انتشار الإعاقة العقلية 45

أسباب الإعاقة العقلية 45

تصنيف الإعاقة العقلية 53

خصائص المعاقين عقلياً 57

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية 62

البرامج التعليمية للمعوقين عقلياً 66

توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً 71

المراجع 74

الفصل الثالث: الإعاقة السمعية

أهمية حاسة السمع 79
تشريح الأذن 79
آلية السمع 80
خصائص الصوت 81
تعريف الإعاقة السمعية 82
شيوع الإعاقة السمعية 83
أسباب الإعاقة السمعية 83
تصنيف الإعاقة السمعية 85
قياس وتشخيص الإعاقة السمعية 87
التدخل المبكر والإعاقة السمعية 89
خصائص المعوقين سمعياً 90
مهارات التواصل لدى المعوقين سمعياً 94
البدائل التربوية للطلبة المعوقين سمعياً 99
توجيهات وتوصيات لرعاية الطفل الأصم في سن ما قبل المدرسة 101
الصعوبات التي يواجهها الطفل المعوق سمعياً عند إلتحاقة بالمدرسة 102
إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً 103
المراجع 104

الفصل الرابع: الإعاقة البصرية

أهمية حاسة البصر 109
الجهاز البصري (أجزاء العين) 109
آلية الإبصار 112
تعريف الإعاقة البصرية 112
تصنيف الإعاقة البصرية 113
أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية) 113
أسباب الإعاقة البصرية 117

تشخيص الإعاقة البصرية 118
خصائص المعوقين بصرياً 120
البرامج التربوية للمعوقين بصرياً 125
أهم الأدوات والوسائل المعينة التي يستخدمها المكفوفين وضعاف البصر 131
إرشادات للمبصرين في كيفية التعامل مع المعوقين بصرياً 133
المراجع 137

الفصل الخامس: الإعاقات الجسمية والصحية

ما هي الإعاقات الجسمية والصحية (تعريفها) 141
تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية 142
أولاً: إصابات الجهاز العصبي المركزي 143
ثانياً: الإصابات المتعلقة بالهيكل العظمي 154
ثالثاً: إصابات العضلات 159
رابعاً: الإصابات الصحية 160
قياس وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية 162
الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً 162
البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً 163
برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً 164
تعديل البيئة لملائمة الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً 165
المراجع 167

الفصل السادس: صعوبات التعلم

مقدمة 171
ما هي صعوبات التعلم 172
تعريفات صعوبات التعلم 174
الفرق بين كل من صعوبات التعلم وبطء التعلم والتأخر الدراسي 176
نسبة صعوبات التعلم 177
أسباب صعوبات التعلم 179
أنماط صعوبات التعلم 181

المظاهر العامة لذوي الصعوبات التعلمية 183
تشخيص صعوبات التعلم 187
الأساليب الفعالة في علاج صعوبات التعلم 198
البدائل (الخيارات) التربوية المتاحة لمعالجة صعوبات التعلم 202
إرشادات للمعلمين للتعامل مع الطلاب ذوي صعوبات التعلم 204
الأسرة وصعوبات التعلم 207
- دور الوالدين تجاه طفلهما ذو صعوبات التعلم 207
- دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم 208
- إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم ذو صعوبات التعلم 208
المراجع 210

الفصل السابع: الإضطرابات السلوكية

مقدمة 215
تعريف الإضطرابات السلوكية 215
معدلات شيوع إضطرابات السلوك 218
تصنيفات الإضطرابات السلوكية 218
خصائص الإطفال المضطربين سلوكياً 221
قياس وتشخيص الأطفال المضطربين سلوكياً 224
- إجراءات الكشف والتعرّف 224
- مراحل تشخيص الإضطرابات السلوكية 226
- أبرز المقاييس المستخدمة لقياس الإضطرابات السلوكية 227
الإتجاهات النظرية في تفسير الإضطرابات السلوكية (الأسباب) 228
التدخل التربوي والعلاجي للأشخاص المضطربين سلوكياً 234
المراجع 239

الفصل الثامن: إضطرابات التواصل

مقدمة 243
تعريف التواصل 243
مكونات التواصل 244

مراحل تطور الكلام واللغة عند الأطفال........ 247
تعريف إضطرابات التواصل 249
شيوع إضطرابات التواصل 250
أنواع إضطرابات التواصل 251
أولاً: إضطرابات اللغة 251
ثانياً: إضطرابات الصوت 253
ثالثاً: إضطرابات النطق 253
رابعاً: إضطرابات الطلاقة 254
أسباب إضطرابات التواصل 255
فحص وتشخيص إضطربات التواصل 256
التدخّل العلاجي والتربوي لإضطرابات التواصل 258
إرشادات ونصائح للمعلمين للتعامل مع حالات اللعثمة والتأتأة عند طلبة المدارس 259
المراجع........ 262

الفصل التاسع: الموهبة والتفوق

مقدمة 267
تعريف الموهبة والتفوق 268
شيوع الموهبة والتفوق 270
الكشف والتعرف على الأشخاص الموهوبين والمتفوقين 271
خصائص الأطفال الموهوبين والمتفوقين 276
البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين 281
الإتجاهات العامة السائدة في تربية الطلبة الموهوبين والمتفوقين 286
إرشادات للمعلم لمساعدة الطالب الموهوب أو المتفوق داخل الصف العادي 287
المراجع 289

الفصل العاشر: التوحد

مقدّمة........ 293
تعريف التوحد........ 294
أسباب التوحد........ 296

التشخيص والتقييم 298
البرامج العلاجية 312
تحليل السلوك التطبيقي 317
اعتبارات في بناء المناهج للاطفال المتوحدين 319
أهمية البرنامج التربوي الفردي 321
الأبعاد الإدارية التنظيمية للبرامج التربوية 322
المراجع 332
الفصل الحادي عشر: قضايا وإتجاهات حديثة في مجال خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة
قضيّة التشريعات المتعلقة بذوي الإحتياجات الخاصة 339
قضيّة تدريب العاملين في مجال التربية الخاصة 340
- الأسس الحديثة التي تقوم عليها تدريب المعلمين أثناء الخدمة 341
- محتوى برامج التدريب أثناء الخدمة 341
- أنماط وأساليب التدريب الحديثة المتبعة 342
قضيّة التسمية والتصنيف للأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة 355
- مفهوم التسمية والتصنيف 355
- مزايا التسمية والتصنيف 356
- عيوب التسمية والتصنيف 356
قضيّة إستخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات الإعاقة 357
قضيّة التدخل المبكر 361
- مبررات التدخل المبكر 361
- حالات الإعاقة الأكثر إستفادة من التدّخل المبكر 361
- مشاريع وبرامج التدخل المبكّر العالمية الحديثة 362
قضيّة مدرسة المستقبل (مدرسة الجميع / مدرسة الدمج الشامل) 365
المراجع 371

مقدمة

جاءت فكرة تأليف كتاب سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة «مقدمة في التربية الخاصّة» بهدف توفير كتاب علمي حديث يُعد مرجعاً رئيسياً وأساسياً في تدريس وفهم المساقات الأخرى ذات العلاقة بفئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة التسع المختلفة، وذلك في كافة البرامج الدراسية، وقد حرص المؤلفان أثناء إعدادهم لهذا الكتاب على مراعاة عدد من الأمور أهمها:

- أن يكون الكتاب ملائماً لجميع مستويات الطلبة على إختلاف برامجهم التعليمية، سواء في مستوى البكالوريوس أو الدبلوم أو الدراسات العليا.
- مراعاة سهولة التعامل مع الكتاب من جميع أفراد المجتمع المهتمين بموضوع سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من معلمين وأخصائيين وأسر، وذلك من خلال تضمينه لعدد كبير من الإرشادات والتوجيهات ذات العلاقة بالتعامل مع كل فئة من فئات الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.
- تضمين الكتاب لأهم القضايا والإتجاهات الحديثة في مجال خدمات ذوي الاحتياجات الخاصة.
- مراعاة الكتاب لأحدث التغيرات الدراماتيكية والتوجّهات العالمية الحديثة في تربية ورعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، حيث جاء متماشياً مع القوانين العالمية الحديثة ذات الصلة ومع قوانين حقوق الإنسان، وقد جاءت محتويات هذا الكتاب لتعكس التغيرات التي ظهرت في مجال تربية ذوي الإحتياجات الخاصة في العقدين الأخيرين من القرن الماضي وفي بداية العقد الاول من القرن الحالي «الواحد والعشرين». وتحديداً فقد جاءت فصول هذا الكتاب على النحو الآتي:

الفصل الأول:

يتناول المفاهيم الأساسية في التربية الخاصة من حيث تعريفها وفئاتها والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها والأسس التي تقوم عليها، هذا بالإضافة إلى مناقشة حجم المشكلة والبدائل التربوية التي تقدمها، وأخيراً تم التحدث عن أنواع التدخل التربوي في مجال التربية الخاصة.

الفصل الثاني:

يناقش فئة الإعاقة العقلية من حيث أهمية دراستها ومراحل تطورها والإتجاهات نحوها ويوضح مفهومها ومدى انتشارها وأسبابها وتصنيفاتها المختلفة، كما يعرض خصائص الأفراد المعوقين عقلياً وطرق قياس وتشخيص الإعاقة العقلية والبرامج التعليمية المقدمة لهذا الفئة، وأخيراً يقدم هذا الفصل توجيهات عامة للمربين حول كيفية التعامل مع أفراد هذه الفئة من المعوقين.

الفصل الثالث:

يتناول فئة الإعاقة السمعية من حيث تعريفها ونسبتها وأسبابها كما يتحدث عن تشريح الجهاز السمعي وآلية السمع وأهمية السمع ويتطرق إلى تصنيفات الإعاقة السمعية وطرق قياسها وتشخيصها وأهمية التدخل المبكر للحد من آثارها السلبية كما يوضح الخصائص المختلفة التي تميز هذه الفئة من المعوقين ومهارات التواصل الخاصة بهم والبدائل التربوية ذات العلاقة بهذه الفئة. وأخيراً يعرض هذا الفصل إرشادات وتوجيهات وتوصيات لكيفية التعامل مع هذه الفئة من المعوقين.

الفصل الرابع:

يستعرض الإعاقة البصرية مبتدءاً بأهمية حاسة البصر وموضحاً لأقسام الجهاز البصري ولآلية الإبصار، ثم يتطرق إلى تعريف الإعاقة البصرية ونسبتها وتصنيفاتها ومظاهرها المختلفة وأسبابها وتشخيصها، ثم يتحدث عن الخصائص المختلفة للمعوقين بصرياً والبرامج والاحتياجات التربوية الخاصة بهم، وأخيراً يعرض بعض الإرشادات للمبصرين في كيفية التعامل مع هذه الفئة من المعوقين.

الفصل الخامس:

يبحث في الإعاقات الجسمية والصحية من حيث تعريفها وشيوعها وتصنيفاتها المختلفة، كما تناول طرق قياسها وتشخيصها، وتحدث عن الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً والبرامج التربوية والتأهيلية المقدمة لهم.

الفصل السادس:

يتطرق للحديث عن صعوبات التعلم من حيث تعريفاتها المختلفة ونسبتها وأسباب

حدوثها وأنماطها المختلفة والخصائص العامة التي تميزها، كما تحدث عن طرق قياس وتشخيص حالات صعوبات التعلم والأساليب الفعالة في علاجها، وأخيراً قدم هذا الفصل إرشادات للمعلمين للتعامل مع الطلاب من ذوي صعوبات التعلم.

الفصل السابع:

يناقش الاضطرابات السلوكية من حيث تعريفها ومعدلات شيوعها وتصنيفاتها المختلفة، كما يتحدث عن الخصائص التي تميز الأطفال المضطربين سلوكياً والاتجاهات النظرية التي تفسرها (أسبابها)، وأخيراً يتطرق الفصل إلى طرق التدخل التربوي والعلاجي للأشخاص المضطربين سلوكياً.

الفصل الثامن:

يبحث في اضطرابات التواصل من حيث تعريفها وشيوعها وأسبابها وأنواعها كما يتطرق لبيان مكونات التواصل ومراحل تطور الكلام واللغة عند الأطفال ويوضح طرق فحص وتشخيص اضطرابات التواصل والأساليب العلاجية والتربوية الفعّالة للتعامل معها. وأخيراً يستعرض هذا الفصل بعض الإرشادات والنصائح للمعلمين للتعامل مع بعض حالات اضطرابات التواصل.

الفصل التاسع:

يتناول فئة الموهبة والتفّوق من حيث تعريفها ونسبة شيوعها، كما يتطرق إلى أساليب الكشف والتعرف على الأشخاص الموهوبين والمتفوقين والخصائص التي تميزهم عن غيرهم، كما يتحدث الفصل عن البرامج التربوية المختلفة الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين من حيث أنواعها ومبرراتها، وأخيراً يستعرض هذا الفصل بعض الإرشادات للمعلمين للتعامل مع الطالب الموهوب أو المتفوق داخل الصف العادي.

الفصل العاشر:

يتناول فئة التوحد من حيث تعريفها وأسبابها وكذلك الأعراض كما يتناول أساليب التشخيص والتقييم المستخدمة بالإضافة إلى البرامج التربوية والعلاجية الخاصة لهذه الفئة من الأفراد.

الفصل الحادي عشر:

يبـحث في أهم القـضـايا والإتجاهات الحـديثة فـي مـجـال خدمـات ذوي الاحـتـيـاجـات الخـاصة. حيث يتناول التشريعات ذات العلاقة بذوي الاحتياجات الخـاصـة، كما يتناول تدريب العـاملين في مجال رعـاية ذوي الاحـتيـاجـات الخـاصـة من حـيث الأسس الحـديثة والبـرامج ذات العـلاقة والأساليب المتبعة، كما يتطرق هذا الفصل إلى قضية التسمية والتصنيف للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من حيث المفهوم والمزايا والعيوب ويستعرض التكنولوجيا الحديثة في مجال التربية الخاصة وبرامج التدخل المبكر الحديثة للحد من الإعاقات، وأخيراً يبحث هذا الفصل في مدرسة المستقبل (مدرسة الجميع / مدرسة الدمج الشامل) من حيث المبررات والفوائد والمزايا والمنهج المتبع.

وأخيراً نأمل أن يكون هذا الكتاب مرجعاً مفيداً لكل من المهتمين والعاملين في مجال رعاية وتربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، راجين من الله تعالى العلي القدير أن نكون قد وفقنا في عرض هذا الإنتاج العلمي عرضاً واضحاً جلياً، والله المستعان.

المؤلفان

الفصل الأول

مفاهيم وقضايا أساسية
في التربية الخاصة



مفاهيم وقضايا أساسية
في التربية الخاصة

لعل أول سؤال يتبادر إلى ذهن القارئ حديث الإطلاع على قضايا هذه الفئة من الأفراد غير العاديين هو: من هم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأطفال غير العاديين؟ لذلك سوف يتم في بداية هذا الفصل توضيح ما هو المقصود بهذه الفئة من الأفراد كما سوف يتم توضيح بعض المصطلحات ذات العلاقة بهذه الفئة من الأفراد، كذلك سوف يتم تناول العديد من المفاهيم والقضايا الأساسية ذات العلاقة في التربية الخاصة.

- الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو (الأطفال غير العاديين)

Children with special needs / Exceptional children

لقد أطلق على هذه الفئة من الأفراد عدد من المصطلحات لوصفهم كأفراد يختلفون عن الطلبة العاديين واللذين يحتاجون إلى الخدمات التربوية الخاصة، إلا أنه يمكننا وضع التعريف المبسط الآتي والذي يوضح المقصود بهذه الفئة من الأطفال.

((يشير مصطلح الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأطفال غير العاديين إلى تلك الفئة من الأطفال الذين ينحرفون إنحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والإنفعالي والحركي واللغوي، مما يستدعي إهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من حيث طرائق تشخيصهم ودفع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس الملائمة لهم)). مما سبق يلاحظ أن هذا المصطلح يشتمل على الأطفال الموهوبين وكذلك الأطفال المعوقين بفئاتهم المختلفة (صبحي، 1994، ص: 8) وتجدر الإشارة إلى هناك العديد من المصطلحات المستخدمة في ميدان التربية الخاصة أوضاع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة أو الأطفال غير العاديين الذين يحتاجون إلى خدمات تربوية خاصة، وفيما يلي توضيح لهذه المصطلحات:-

1- العجز (Disability)

((هي حالة تتصف بضعف وظيفي على النمو السوي وتنتج عن مشكلات جسمية أو حسية أو صعوبات في التعلم والتكيف الاجتماعي. إذن فالعجز هو إصطلاح يشير إلى تدني الوظيفة أو فقدان أحد أجزاء الجسم أو أعضائه مما يحد من قدرة الفرد على أداء بعض المهمات (كالمشي أو السمع أو البصر) كما يؤديها الفرد العادي.

وبهذا المعنى أيضاً لا يمكن اعتبار الفرد الذي يعاني من عجز ما على انه معاق ما لم يؤدي هذا العجز إلى مشكلات تربوية أو شخصية أو اجتماعية أو مهنية لدى الفرد. كما أن اصطلاح العجز هذا، لا يشمل الأفراد الموهوبين)).

2- **الإصابة** (Impairment)

((وتحدث عندما يولد الفرد بنقّص أو عيب خلقي أو قد يتعرض بعد ولادته للإصابة بخلل فسيولوجي أو جيني أو نفسي)) (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 6).

3- **الإعاقة** (Handicap)

هي عبارة عن عدم قدرة الفرد على الإستجابة للبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو جسمية أو عقلية. والعجز هو الذي يسبب هذه المشكلات عند تفاعل الفرد المصاب به مع البيئة.

وتجدر الإشارة هنا أنه يجب التفريق لمصطلح العجز والإعاقة وذلك على النحو الآتي:-

إن مصطلح الإعاقة ليس مرادفاً لمصطلح العجز ويستخدم هذا المصطلح لوصف حالة أو حاجز فرض عن طريق المجتمع أو البيئة أو الشخص نفسه، ويمكن استخدام مصطلح الإعاقة عند الاستشهاد بالقوانين والحالات محددة ولكن لا ينبغي أن يستخدم لوصف العجز، قل مثلاً " أن السلّم يمثل إعاقة له" أو "هو أعيق بالباص غير المجهز".

أما مصطلح العجز فهو مصطلح عام يستخدم للتعبير عن أوجه القصور الوظيفي الذي يحد من قدرات الفرد؛ مثال ذلك القدرة على المشي، أو السمع أو التعلم أو حمل الأشياء ويمكن أن يرجع ذلك إلى حالة جسمية أو عقلية أو حسية ويمكن استخدام هذا المصطلح كإسم وصفي أو صفة، فيمكن أن نقول مثلاً الأفراد العاجزون عقلياً وجسمياً أو الرجل العاجز (Bradly et. al., 1997).

4- الأطفال المعرضون للخطر (At Risk children)

يشير هذا المصطلح إلى الأطفال غير المصابين حالياً بالعجز أو الإعاقة لكن فرصتهم أكبر من غيرهم لتطوير العجز لاحقاً. وأكثر ما يستخدم هذا الاصطلاح من قبل الأطباء للإشارة إلى حالات الحمل التي من المحتمل أن ينشأ عنها أطفال عاجزين ويواجهوا مشكلات نمائيه. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 7).

والسؤال الذي يجب الإجابة عليه قبل الخوض في التفاصيل الكثيرة ذات العلاقة بالأفراد غير العاديين هو:

ما هي التربية الخاصة؟

يعتبر موضوع التربية الخاصة من الموضوعات الحديثة في ميدان التربية وعلم النفس مقارنة بموضوعات هذا الميدان، مثل : علم نفس النمو، وعلم النفس التربوي، وعلم النفس الاجتماعي ... الخ. وتعود جذور هذا الموضوع وبداياته إلى النصف الثاني من القرن العشرين. وهناك موضوعات وعلوم كثيرة تغذي ميدان التربية الخاصة، منها: علوم النفس والتربية، وعلم الاجتماع، والقانون، والطب. أما موضوع التربية الخاصة فهو يهدف خدمة الأفراد غير العاديين (Exceptional Individuals)الذين ينحرفون انحرافاً ملحوظاً عن المتوسط العام للأفراد العاديين في نموهم العقلي والحسي والانفعالي والحركي واللغوي؛ مما يستدعي اهتماماً خاصاً من المربين بهذه الفئة من الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم ووضع البرامج التربوية واختيار طرائق التدريس المناسبة لهم. (صبحي، 1994، ص: 8).

تعريف التربية الخاصة:

((يمكن تعريف التربية الخاصة من خلال أكثر من منظور، فالبعض قد ينظر لها من زاوية قانونية؛ والبعض الآخر قد يراها من زاوية إدارية بحتة، على اعتبار أنها جزء من النظام المدرسي؛ ومجموعة أخرى قد تنظر لها من منظور اجتماعي أو سياسي على اعتبار أنها إحدى ثمار حركة الحقوق المدنية أو لكونها تعكس التغيرات في الاتجاهات المجتمعية نحو الإعاقة بشكل عام. لكن جميع التعريفات السابقة هذه لا تتحدث عن روح التربية الخاصة أو جوهرها، فجوهر التربية الخاصة هو التعليم. لذلك سيرتكز الحديث عن التربية الخاصة ضمن هذا الإطار)). (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 11).

مما تقدم يمكن تعريف التربية الخاصة بأنها:

((هي مجموعة البرامج التربوية المتخصصة التي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين، وذلك بهدف مساعدتهم في تنمية قدراتهم إلى أقصى مستوى ممكن، إضافة إلى مساعدتهم في تحقيق ذواتهم، ومساعدتهم في التكيف)). (الروسان، 2001، ص: 17).

أما قانون رعاية المعوقين الأردني رقم (12) لسنة 1993م فقد عرف التربية الخاصة بأنها:

((الخدمات التربوية والتعليمية التي تقدّم للمعوقين، بهدف تلبية احتياجاتهم وتنمية قدراتهم ومساعدتهم على الدمج في المجتمع)). (الجريدة الرسمية، العدد 3891، 1993).

ما هي فئات الأطفال غير العاديين Categories of Exceptional Children

يمكن الإشارة في هذا الصدد إلى وجود ثماني فئات من الأفراد غير العاديين تنطوي تحت مظلّة التربية الخاصة وهي:

- الموهبة والإبداع (Giftedness and Creativity)
- الإعاقة العقلية (Mental Impairment)
- الإعاقة البصرية (Visual Impairment)
- الإعاقة السمعية (Hearing Impairment)
- الإعاقة الانفعالية (السلوكية) (Emotional Impairment)
- الإعاقة الحركية (Motor Impairment)
- صعوبات التعلم (Learning Disabilities)
- اضطرابات النطق أو اللغة (Lnguage &speech Disorders)

(Hallahan &Kauffman, 1991)

((وسيلاحظ القارئ بعد التعرف على الفئات السابقة، بأن لكل فئة صفاتها وخصائصها المميزة، لكننا نود التأكيد على أنه من الخطأ الاعتقاد بأن هناك نوعين من الأطفال. طفل عادي وطفل خاص، بل يجب أن يتأكد القارئ بأن الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة يشبهون الطلبة العاديين أكثر من اختلافهم عنهم. وبأن كل الأطفال مهما كانت تصنيفاتهم هم أفراد فريدون من نوعهم وجميعهم بحاجة إلى الرعاية والاهتمام، لكن اختلاف الطلبة ذوي الحاجات الخاصة عن متوسط أداء المجموعة هو اختلاف كبير مما يستوجب تقديم برامج تربوية فردية لهم. وبمعنى تقديم الخدمات التربوية الخاصة لهم)). (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 8).

واقع الأطفال غير العاديين (حجم المشكلة)

لا توجد إحصائيات دقيقة حول نسبة شيوع وانتشار الأطفال غير العاديين، حيث أن حجم المشكلة يختلف من مجتمع إلى آخر تبعاً لعدد من المتغيرات أهمها:

- المعيار المستخدم في تحديد مفهوم ومعنى كل فئة من فئات التربية الخاصة.
- المتغيرات المتعلقة بالعوامل الصحية والثقافية والاجتماعية.

وتقدّر بعض المصادر ومنها اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية في هذا الصدد أن ما نسبته 3-10% من سكان أي مجتمع يعانون بشكل ما من حالات الإعاقة، وقد أشارت منظمة اليونسكو وفق نتائج المسوح إلى أن ما نسبته 10-15% من الأطفال هم من ذوي الاحتياجات الخاصة، ويشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى أن نسبة الإعاقة في المجتمعات الصناعية 10% وهي أقل منها في المجتمعات النامية حيث تبلغ 12.3% من مجموع السكان (Hallahan &Kauffman, 1991) (الروسان، 2001، ص:25).

هذا وتشير الإحصاءات إلى نوعين من فئات التربية الخاصة حسب معدلات انتشارها وهي:

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المرتفعة وتشمل: صعوبات التعلم، الإعاقة العقلية واضطرابات السلوك واضطرابات النطق.

- الإعاقات ذات معدلات الانتشار المنخفضة وتشمل: الإعاقة البصرية والسمعية والإعاقات الجسمية والصحية والتوحد وإصابات الدماغ وفئة الصم المكفوفين (Unesco, 1988).

الأسس التي تقوم عليها التربية الخاصة

تقوم التربية الخاصة على الأسس الآتية:

1- الأساس الديني: دعت الديانات السماوية والمذاهب إلى المساواة في الحقوق والواجبات كما دعت إلى ضرورة رعاية المجتمع لأبنائه الضعفاء، فجاء كلّ ذلك ليمثل أحد المؤشرات الأساسية في أي مجتمع تجاه أبنائه المعوقين.

2- الأساس القانوني: تمثل الإعلانات العالمية والتشريعات والنصوص القانونية التي صدرت عن مختلف المؤتمرات وهيئات الأمم المتحدة، والدساتير والمواثيق المتعلقة بحقوق الإنسان والإعلانات العالمية لحقوق المعوقين وما تضمنته من توجهات خُلقية وأبعاد إنسانية، إعترافاً عالمياً بحقوق المعوقين، أن هذا الاعتراف يقضي، فيما يقضي، بضرورة التزام دول العالم جميعها بتبني تلك الإعلانات والسياسات وتنفيذها، وسن القوانين التي تكفل تلك الحقوق. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 29).

3- الأساس الاقتصادي: يعني الاهتمام بتقديم الخدمات التعليمية العامة والمهنية للمعوقين وتدريبهم وفق قدراتهم حتى لا يشكل هؤلاء الأشخاص عبئاً على مجتمعهم، أن هذه

التدابير التربوية توفر لهم فرص التعليم وتعالج بطالتهم عن الإنتاج، وتحول قطاعاً كبيراً منهم إلى الإسهام في الأنشطة الإنتاجية المجتمعة. (Hammerman &Maikoswi, 1981).

4- الأساس الاجتماعي – التربوي: أي الاهتمام بالفرد ضمن المجموعة التي ينتمي إليها وتعليمه متطلبات العيش الكريم بها، وهذا ما ساعد على ظهور الاتجاه التربوي المسمى (التأهيل المعتمد على المجتمع المحلي (Community Based Rehabilitation) فالشخص المعوق يتعلم الأشياء من حوله، وطريقة العيش ضمن الجماعة التي يعيش فيها لكي يرضي رغباته ويشبعها، وضمن العيش الكريم. (الخطيب، 1999).

الأهداف التي تسعى التربية الخاصة إلى تحقيقها:

إن الهدف الأساسي التي تسعى التربية الخاصة إلى تحقيقه هو تأمين حق الطفل غير العادي في أن تقدّم له كافة الخدمات التي يتمتع بها الطفل العادي أو السوي وخصوصاً في المجال التربوي والذي يتمثل في غايات التدريس. وعلى كل حال فإن التربية الخاصة تسعى لتحقيق خمسة أهداف رئيسية هي:

1- التعرف إلى الأطفال غير العاديين بوساطة أدوات القياس والتشخيص المناسبة لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

2- إعداد البرامج التعليمية لكل فئة من فئات التربية الخاصة.

3- إعداد طرائق التدريس المناسبة لكل فئة من التربية الخاصة، وذلك لتنفيذ وتحقيق أهداف البرامج التربوية على أساس من الخطة التربوية الفردية (In-dividualised Eductional Plan).

4- إعداد الوسائل التعليمية التقنية الخاصة بكل فئة من فئات التربية الخاصة، كالوسائل التعليمية الخاصة بالمكفوفين أو المعوقين عقلياً، أو المعوقين سمعياً،... الخ.

5- إعداد برامج الوقاية من الإعاقة، بشكل عام، والعمل ما أمكن على تقليل حدوث الإعاقة عن طرائق عدد من البرامج الوقائية (الروسان، 2001، ص: 18) (Kirk, 1983).

الإستراتيجيات التي تستند عليها التربية الخاصة:

تستند التربية الخاصة إلى مجموعة من الاستراتيجيات، التي يمكن أن تسهم في نجاح تقديم خدماتها، وهي:

- الشمول: أن تقدم الخدمات لجميع فئات ذوي الاحتياجات الخاصة، الصحية والنفسية والاجتماعية والتربوية والتأهيلية.... وغيرها، في جميع مراحل حياتهم.
- اللامركزية: أي أن تصبح إدارات التربية الخاصة موزعة على مختلف المناطق، وألاّ تقتصر على الإدارات المركزية.
- سهولة الوصول إلى مختلف الخدمات: أي إزالة العوائق التي تحول دون وصول الأشخاص، ذوي الاحتياجات الخاصة، إلى المرافق العامة والخدمات المجتمعية، سواء أكانت هذه العوائق طبيعية أم صناعية أم فكرية، أم اجتماعية، ذلك في سبيل التسهيل على المعوقين ممارسة نشاطاتهم والتمتع بحقهم بالمشاركة في كافة أنشطة المجتمع.
- الدمج: أي دمج الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في الحياة، دمجاً شاملاً وكاملاً وتلبية جميع احتياجاتهم بغض النظر عن شدتها.
- الدمج الوظيفي: يقصد به دمج الاحتياجات الخاصة في المدرسة العادية، وتقليل الفروق الوظيفية بينهم وبين أقرانهم خلال مشاركتهم في بعض الأنشطة التعليمية كالموسيقى والفن والأشغال والتربية الرياضية.
- الدمج المكاني: يأخذ شكل صف خاص في المدرسة العادية.
- الدمج الاجتماعي: يقصد به تقليل المسافة الاجتماعية بين المعوق وأقرانه، وتشجيع التفاعل الاجتماعي التلقائي فيما بينهم، والمساهمة في كافة أنشطة المجتمع.
- التنسيق: يقوم هذا المفهوم على إشراك الوالدين في مختلف الخدمات والبرامج المقدمة لذوي الإحتياجات الخاصة، وكذلك التنسيق بين الدوائر والمؤسسات والوزارات المعنية.
- الواقعية: أي ضرورة تطوير الخدمات والبرامج للمعوقين بمستوى التطور الاجتماعي والتقني والاقتصادي والسياسي للدولة.
- التكاملية: هي واحدة من الاستراتيجيات التي يجب أن تميز بها التربية الخاصة، وتعني نظرتها إلى الشخص المعوق ككائن متكامل، وليس إلى جوانب العجز أو النقص فيه.
- توفر المهنيين: يتطلب تقديم خدمات التربية الخاصة توافر معلمين مؤهلين على درجة كافية من الخبرة والدراية، وهذا يتطلب إعدادهم والتأهيل الأكاديمي الكافي قبل الخدمة. (الزبادي، 1999) (الخطيب، 1999).

العوامل التي ساعدت على تطور التربية الخاصة:

تطورت التربية الخاصة في مختلف دول العالم بسبب عدد من العوامل، غالباً ما كانت هذه العوامل متشابهة بين هذه الدول، مع بعض الاختلافات البسيطة.

وقد ذكر (جوتليب Gottlib) في دراسة له عام 1987م أن هناك ثلاثة عوامل رئيسة ساهمت في تطور مفهوم التربية المختصة في أمريكا هي:-

1- المزايا المختلفة التي حصلت عليها فئات الأقليات في المجتمع الأمريكي.

2- ظهور فكرة البرامج التعليمية الفردية.(Individual Educational Program)

3- نتائج الدراسات والبحوث بشأن جدوى تعليم المعوقين في مدارس تعليم الأسوياء.

كما عزا (هيغارتي Hegarty,1981) تطور مفهوم التربية الخاصة في أوروبا إلى العوامل الآتية:

1- ردود أفعال المجتمعات الأوروبية لفصل الأطفال المعوقين عن الأسوياء.

2- تطور أدوات القياس والتقويم، وما ترتب على ذلك من نتائج استدعت تطور البرامج والخدمات المختلفة المختصة لتتناسب مع احتياجات المعوقين.

3- الاهتمام المتزايد بحقوق الإنسان، وتفهم احتياجات الأطفال المعوقين.

من هنا يمكن الاستنتاج بأن تطور التربية الخاصة، في العالم كان نتيجة عدد من العوامل أهمها:

1- الإيمان بتطبيق مبدأ تكافؤ الفرص بين جميع الناس للإسهام في بناء المجتمع، ومساعدة الفرد حتى ينمو وفق قدراته وطاقاته ورغباته وميوله واحتياجاته.

2- الإيمان بضرورة إعادة تكييف الطفل المعوق مع نفسه ومجتمعه الذي يعيش فيه.

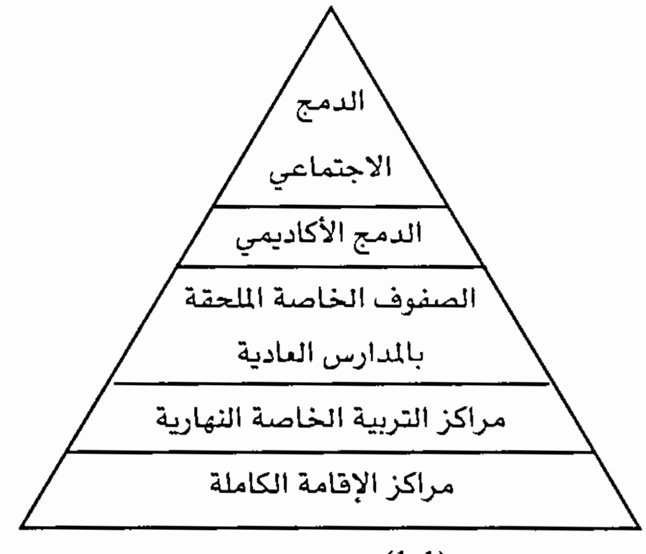
3- الإيمان بطاقات الإنسان الإبداعية، التي لا بد من إتاحة الفرص أمامها حتى تنطلق.

4- الإيمان بأن طاقات التربية الخاصة " إنسانية " أي تهتم بالإنسان، وتحقق سعادته وتزيل المعوقات من طريقه (الخطيب، 1999م، ص:44).

تعديلات التربية الخاصة (بيئة التعلّم / البدائل التربوية)

لقد مرّت برامج التربية الخاصة بعدد من التطورات خلال المائة عام الأخيرة حيث بدأت على شكل مراكز الإقامة الدائمة ثم جاءت مراكز التربية الخاصة النهارية، ثم اتجهت

برامج التربية الخاصة نحو صورة أكثر تطوراً برزت في برامج الصفوف الخاصة الملحقة بالمدارس العادية والتي جاءت تلبية للدعوات التي تنادي بدمج الطلبة المعاقين مع الطلبة العاديين مع توفير برامج وأنشطة ومناهج ومواد تعليمية خاصة بهم، وبذلك كانت تلك الصفوف مرحلة أولى نحو برامج أكثر تطوراً ألا وهي برامج الدمج الأكاديمي أمّا الدمج الاجتماعي فهو أكثر برامج التربية الخاصة تطوراً وأحدثها من حيث التطور التاريخي لبرامج التربية الخاصة وهو يقبع في قمة التنظيم الهرمي لبرامج التربية الخاصة أنظر الشكل رقم (1-1) (Hallahan &Kauffman, 1991) (الروسان، 2001، ص: 45).

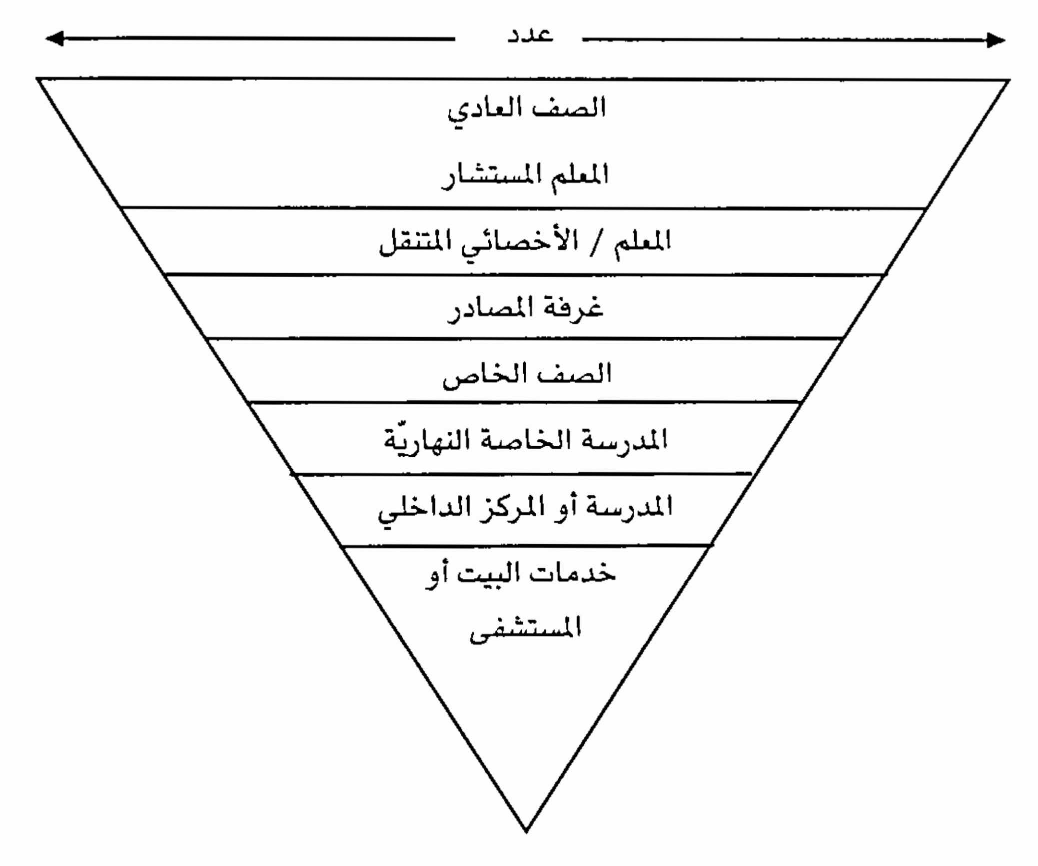


الشكل رقم (1-1) التدرج الهرمي لبرامج التربية الخاصة

وتجدر الإشارة هنا إلى أن برامج التربية الخاصة لم تبقى تراوح مكانها حسب ما تم ذكره أعلاه بل استمرت في مواكبة التطورات الأكاديمية والاجتماعية والقانونية وقد ظهر ذلك جلياً في بيئات التعلم حيث كانت التغيرات في البيئة التعليمية كبيرة جداً.

الشكل رقم (1-2) بعض البيئات التعليمية العامة بدءاً من أسفل الشكل فإن إتساع كل مقطع من الشكل يمثل عدد الأطفال المحتاجين لهذه البيئة الخاصة حتى الوصول إلى قمة ويمثل الشكل وهو غرفة الصف العادي. إن الهدف من هذه الفلسفة في التعليم الخاص هو وضع الطلبة في جو هو أقرب ما يكون للبيئة العادية المحيطة بهم لتمكينهم من إتقان المحتوى والمهارات المطلوبة، حيث إن الأطفال الذين من الممكن تعليمهم في غرف المصادر لا يتم إدراجهم في الصفوف الخاصة والذين يتعلمون بشكل جيد من المعلم المتنقل لا

يحتاجون إلى غرفة المصادر وهكذا. إن هدف التعليم الخاص هو وضع الطلبة ذوي الحاجات الخاصة في بيئة أقل تقييداً ما أمكن)) وهو ما يبينه الشكل رقم (1-2).



الشكل رقم (1-2) البدائل التربوية

وبالطبع فإن أقل البيئات التعليمية تعقيداً هو غرفة الصف العادي ما أمكن إدراج الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة في البرامج العادية بدون أية مساعدة فعندها لا يتم تسميتهم بذوي الحاجات الخاصة (الصمادي وآخرون، 2003، ص 16).

وفيما يلي عرض لكل برنامج أو بديل تم التعرض إليه في الشكل رقم (1-1) والشكل رقم (1-2):-

1- الخدمات التي تقدم في المستشفى أو البيت (Hospital and Home Services)

ويقصد بها تقديم الخدمة للطالب ذو الحاجة الخاصة التي لا تسمح حالته بالقدوم إلى المدرسة بسبب حالته الصحية حيث يتم تخصيص معلمين متنقلين يقومون بزيارات هؤلاء

الطلاب في المستشفى أو المنزل ويقومون بتعليمهم وذلك حتى لا يتم حرمانهم من متابعة دراستهم.

2- **مدارس (مراكز) الإقامة الدائمة** (Residential School Centers)

وهي من أقدم برامج التربية الخاصة وفيها يتم تقديم خدمات ايوائية وصحية، وتربوية واجتماعية للطالب ذو الحاجة الخاصة وقد تعرّضت هذه المراكز إلى عدد من الانتقادات أهمها:

- إن هذه المراكز تعمل على عزل الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة عن المجتمع وعن الحياة الطبيعية الاجتماعية.
- تدني مستوى الخدمات وخصوصاً الصحية والتربوية في مثل هذه المراكز.
- تلصق هذه المراكز بالطالب ذو الحاجة الخاصة وصمة (stigma)تتمثل بعزلته عن أقرانه العاديين وحرمانه من أن يكون عضواً فاعلاً في المجتمع.

ومما يجدر ذكره أن هذه المراكز تتعامل في أغلب الأحيان مع حالات الإعاقة الشديدة والمتعددة. (Hallahan &Kauffman, 1991).

3- **المدرسة النهارية الخاصة** (Special Day School)

في هذا النوع من المدارس يتلقّى الأطفال خدمات تربوية واجتماعية على مدار نصف اليوم تقريباً وهي مشابهة في أوقات دوامها للمدارس العادية، وهي تختص في تقديم الخدمات لذوي الإعاقات العقلية والمعوقين حركياً وذوي الإعاقات المتعددة والإعاقات السلوكية.

وتجدر الإشارة أن هذه المدارس ظهرت كرد فعل للإنتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة (Hallahan &Kauffman, 1991).

كما أنه من الجدير ذكره أيضاً أن هناك مزايا وإنتقادات لهذا النوع من المدارس.

أما مزاياها فتتمثل في أن هذه المدارس:-

- توفر فرصاً تربوية لفئة معينة من الأطفال المعوقين.
- تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي جو أُسري طبيعي.
- تقدم خدمات المواصلات من وإلى البيت.
- تقدم خدمات صحية للأطفال المعوقين. (الروسان، 2001، ص: 46).

أما الانتقادات التي وجهّت إلى هذه المدارس فتتمثل في:-

- إقامة هذه المدارس في أماكن معزولة وبعيدة وخصوصاً في السابق.
- قلة عدد الأخصائيين للإشراف على هذه المدارس.

ونتيجة لهذه الانتقادات تم توفير ما يسمى (بالمعلم المتنقل) أو (المعلم الزائر) والتي تتمثل مهمته في مساعدة معلمي التربية الخاصة في هذه المدارس في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية ...الخ.

4- الصف الخاص الملحق بالمدرسة العادية (Special Classes with Regular School)

نتيجة للانتقادات العديدة التي تم ذكرها سابقاً عن مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الإتجاهات العامة نحو فئة ذوي الاحتياجات الخاصة من السلبية إلى الإيجابية ظهر هذا النوع من الصفوف ويمكن تحديد نوعين من هذه الصفوف:-

- صفوف خاصة بدوام جزئي: (Part-time Special Class) يقوم معلم الصف الخاص بتقديم الخدمات المناسبة للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن برامج المدرسة العادية. إذ يتلقى الطلبة برامج تعليمية في الصف العادي بالإضافة للبرامج التعليمية في الصف الخاص.
- صفوف خاصة بدوام كلي: (Class Self-Contained Special)يتلقى الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة تعليمهم في هذه الصفوف طوال اليوم الدراسي وتعتبر هذه الصفوف مناسبة للحالات الشديدة. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 18).

هذا وتبدو مزايا هذه الصفوف في أنها قريبة في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية، كما أنها تتيح فرصة التفاعل الاجتماعي والتربوي بين الأطفال المعوقين والعاديين.

5- غرفة المصادر (Resource Room)

وهي غرفة صفية تخصص في المدرسة لتقديم الخدمات التربوية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة. يتلقى الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة الملتحقين بغرف المصادر حصصاً معينة في الجوانب التي يظهرون فيها مشكلات وفق جدول محدد. ويتلقون الحصص الأخرى في الصف العادي. يقوم بالتدريس في غرفة المصادر معلم مختص في التربية الخاصة يتشاور بشكل دائم مع المعلم العادي ويقومان معاً بتصميم البرنامج المناسب للطالب.

لقد ظهرت غرف المصادر نتيجة لعدم قبول الصف الخاص كبديل للتربية العادية للطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وللسماح لهم بتلقي تعليمهم مع أقرانهم العاديين لأقصى درجة ممكنة وتلقي خدمات التربية الخاصة بنفس الوقت. ويمكن تصنيف غرف المصادر إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

- غرف المصادر الفئوية: وهي التي يحول لها الطلبة ذوو الاحتياجات الخاصة حسب التصنيف المحدد.
- غرف المصادر متعددة الفئات: وهي الغرف التي يحول فيها الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة بناء على احتياجاتهم الخاصة بدلاً من التصنيف.
- غرف المصادر اللافئوية: وهي الغرف التي يوضع فيها الطلبة ضمن أي من تصنيفات التربية الخاصة.

6- المعلم الأخصائي المتنقل (Itinerant Teacher)

وهو معلم يقوم بتقديم الخدمات لعدد من المدارس بحيث يقوم بالتنقّل بينهم وذلك في منطقة محددة، بحيث يقوم بزيارة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بشكل دوري وكلما دعت الحاجة وذلك لتقديم المشورة والنصيحة. وعليه فإن الأطفال يقضون معظم الوقت في الصفوف العادية ويتم إستدعاؤهم من الغرف الصفيّة العادية لفترات محددة وقصيرة جداً. ومن الأمثلة على هؤلاء المعلمين؛ مدرسوا القراءة العلاجية، معالجو النطق، الباحثون الاجتماعيون، أخصائيون علم النفس المدرسي، المختصون بصعوبات التعلّم.

7- المعلم المستشار (Consultant Teacher)

وهو معلم مختص في التربية الخاصة يقدم خدمات للطلبة غير العاديين بطريقة غير مباشرة عن طريق مساعدة معلمي الصفوف العادية الذين يعملون مباشرة مع الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة وذلك من خلال تقديم إستشارات تشمل اختيار أدوات القياس وتحديد النشاطات التعليمية وإستراتيجيات ضبط وتعديل السلوك.

مميزات هذا البديل:

- أنه يسمح للمعلم المستشار العمل مع عدد كبير من المعلمين.

عيوب هذا البديل:-

- أنه لا يوفر فرصة التعامل والتفاعل مع الطلبة غير العاديين بشكل مباشر. (Smith &Luckasson, 1992).

التدخل التربوي في مجال التربية الخاصة

ما هو التدخل التربوي: هو اصطلاح عام يشير إلى كافة الجهود المنظمة التي تبذل لصالح الأفراد غير العاديين.

أما الهدف منه فهو الحد من أو تقليل المعيقات التي تحد من قدرة الفرد ذو الحاجة الخاصة على المشاركة في المدرسة أو في المجتمع.

أما أنواع التدخل التربوي في مجال التربية الخاصة فتتمثل في البرامج التالية:-

1- **البرامج الوقائية** (Preventive Programs)

ويقصد بها التدخل الذي يعمل على منع المشكلات المحتملة لأن تتطور إلى جوانب عجز. وتزداد فعالية البرامج الوقائية كلما بدأت مبكراً. وتهدف هذه البرامج إلى إثارة الأطفال الرضع والأطفال صغار السن إلى اكتساب تلك المهارات التي يكتسبها معظم الأطفال العاديين بدون مساعدة أو تدريب خاص.

2- **البرامج العلاجية** (Remedial Programs)

يقصد بالبرامج العلاجية التغلب على جانب العجز لدى الفرد من خلال التعليم أو التدريب. ويجب التمييز هنا بين مصطلحين: ((علاجي)) و ((تأهيلي)). فمصطلح علاجي هو مصطلح تربوي، في حين أن مصطلح تأهيلي يستخدم أكثر في مجال الخدمات الاجتماعية. لكن لكلا المفهومين أهداف مشتركة تتمثل في تعليم الشخص الذي يعاني من عجز في جانب ما، المهارات الأساسية اللازمة لتحقيق إستقلاليته.

ففي المدرسة قد تشمل هذه المهارات الجوانب الأكاديمية (مثل القراءة والكتابة وحل المسائل الرياضية) أو الجوانب الاجتماعية (مثل اتباع التعليمات والروتين اليومي والتفاعل مع الآخرين) أو الجوانب الشخصية (مثل تناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام التواليت بدون مساعدة). وحديثاً بدأت المدارس أيضاً بتدريس مهارات التهيئة المهنية وذلك لإعداد الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتهيئتهم إلى حياتهم المستقبلية كراشدين في المجتمع.

أما اصطلاح ((التأهيل المهني)) Vocational Rehabilitation فيتضمن إعداد الفرد لتطوير عادات العمل المناسبة لديه والاتجاهات المناسبة للعمل بالإضافة إلى تدريبه على مهارة محددة (كالنجارة مثلاً).

والإفتراض الأساسي في كل من البرامج العلاجية والتأهيلية هي حاجة الفرد ذو الحاجة الخاصة إلى مساعدة خاصة للنجاح في المواقف العادية.

3- البرامج التعويضية (Compens atory Programs)

شكل آخر لبرامج التدخل هي البرامج التعويضية، والتي تهدف إلى مساعدة الفرد الذي يعاني من جانب عجز ما على التعويض عن هذا الجانب من خلال مساعدته على تعلم استخدام مهارة بديلة أو أداة بديلة.

ونخلُص من جميع ما سبق إلى التعريف التالي للتربية الخاصة: "التربية الخاصة هي مهنة لها أدواتها وتقنياتها وجهودها البحثية الخاصة التي تسعى إلى تلبية الحاجات التعليمية للأطفال والراشدين من ذوي الحاجات الخاصة وتقييمها".

وعلى مستوى تطبيقي .. يمكن القول بأن التربية الخاصة هي عبارة عن برامج مخطط لها فردياً، ويتم تنفيذها بشكل منظم، كما يتم تقييم التدريس فيها بدقة بغرض مساعدة المتعلمين إلى الوصول إلى أقصى أداء ونجاح ممكن في بيئاتهم الحالية والمستقبلية. (الصمادي وآخرون، 2003).

مراجع الفصل الأول

المراجع العربية:

- الخطيب، فريد (1999). **الوجيز في تعلم الأطفال المعوقين عقلياً**، الطبعة الأولى، مؤسسة شرين، عمان.

-الروسان، فاروق (2001). **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، الطبعة الخامسة دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

-الزبادي، أحمد (1999). **تعليم الطفل بطيء التعلّم**، الطبعة الأولى، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان.

- صبحي، تيسير (1994). **رعاية ذوي الحاجات الخاصة**، الطبعة الأولى، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان - الأردن.

- الصمادي، جميل، الناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله (2003). **تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، الطبعة الأولى، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.

- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل، (1995). **المدخل إلى التربية الخاصة**، الطبعة الأولى، دار القلم، الإمارات العربية المتحدة.

المراجع الأجنبية:

-Bradley, D.F., King Sears, M,E., &Tessier, Switlick, D.M., (1997),**Teaching Students In Inclusive Settings: Theory**, Allyn & Bacon: Boston.

-Hallahan, D.and Kauffman (1991),**Exceptional Children.** Englewood cliffs: prentice Hall, Newjersy, U.S.A.

-Hammerman, S., and Maikoswi, S(1981). **The Economics of Disability:** International perspectives. Rehabilitation International, New york. U.S.A.

-Kirk, S., et. al (1983), **Educating Exceptional Children.** Boston Pres, Ohio, U.S.A

-Smith, D and Luckasson, R., (1992), **International To Special Education**, Allyn & Bacon: Boston, U.S.A.

-Unesco (1988), **Review of the present Situation of Special Education.** Paris-Unisco

الفصل الثاني

الاعاقة العقلية

Mental Impairment

الإعاقـــة العقلـيــة

Mental Impairment

مقدّمة

لم يعد ينظر إلى الإعاقة العقلية على أنها وصمة عار، بل أصبح ينظر إلى المعاقين عقلياً على أنهم أفراد يستحقون بذل المزيد من العناية والاهتمام في تربيتهم وتعليمهم؛ وذلك حتى يتسنى لهم القدرة على التكيف مع مطالب الحياة وشق طريقهم لها في الحدود التي تسمح بها قدراتهم وطاقاتهم. ولعلّ ما يؤكد هذه النظرة التفاؤلية جملة المبادئ الإنسانية السامية التي أقرتها مواثيق حقوق الإنسان كالمساواة وتكافؤ الفرص وحق كل إنسان في أن ينال نصيبه من التربية والتعليم في الحدود التي تسمح بها قدراته وطاقاته.

أهمية دراسة الاعاقة العقلية:-

بالإضافة إلى أن الإعاقة العقلية هي فئة رئيسية من فئات التربية الخاصة إلا أن لهذه الفئة أهمية خاصة ويعود ذلك إلى أسس مستمدة من ثلاثة عوامل رئيسية هي:-

1- أن نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع هي أعلى من نسبة أي فئة من فئات ذوي الحاجات الخاصة من المعاقين، حيث تبلغ نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع ما بين ٢-٣٪. وهذا يعني ضرورة الاهتمام بهذه الفئة من أبناء المجتمع الأقل حظاً والتي تشكل فئة غير قليلة في المجتمع.

2- إن الأشخاص المعاقين عقلياً غير قادرين في معظم الأحيان على إيصال أصواتهم أو التعبير عن مطالبهم بالشكل المناسب للمشرّع أو لصانع القرار بسبب إعاقتهم الذهنية، فهم دائماً، وبعكس الفئات الأخرى من ذوي الحاجات الخاصة، بحاجة إلى من يتفهم حاجاتهم ومطالبهم ليعبر عنها ويوصلها إلى المسؤولين والتربويين ذوي العلاقة.

3- إن فئة الإعاقة العقلية من أكثر فئات ذوي الحاجات الخاصة التي تعرضت لسوء الفهم والاضطهاد عبر التاريخ البشري. لذا، كان لا بد من إعطاء هذه الفئة الاهتمام الكبير من أجل تدريبها وتعليمها وتأهيلها لتصبح عامل إنتاج في المجتمع بدلاً من أن تكون عالة عليه.

المراحل التي مرّت بها المجتمعات الإنسانية للاستجابة لظاهرة الإعاقة العقلية:

تشير مختلف المصادر إلى أن إستجابة المجتمعات الإنسانية لظاهرة الإعاقة العقلية وموقفها من المعوقين عقلياً مرّت بأربع مراحل أساسية هي:

1- مرحلة الإبادة: حيث كانت المجتمعات الإنسانية في العصور القديمة تتخلص من الأطفال المعاقين والضعفاء. وأبرز الأمثلة على ذلك ما ورد في "جمهورية أفلاطون" التي كانت تقوم على إستقراطية العقل. فلقد نادى أفلاطون بضرورة إخراج المعوقين خارج حدود الدولة حتى ينقرضوا. وكذلك كانت تفعل إسبارطة والأمبراطورية الرومانية.

2- مرحلة الإهمال: في هذه المرحلة خفت حدة سلبية ردود الفعل إزاء المعوقين عقلياً. ولم تعد المجتمعات تتخلص منهم بالقتل أو العزل أو حتى الموت. بل كانوا يتركون في المجتمع. مهملين دون أي شكل من أشكال الرعاية الخاصة إلى أن يموتوا. (القريوتي وآخرون. 1995).

3- مرحلة الرعاية الأساسية: ويمكن القول أن هذه المرحلة بدأت وتأصلت بفضل الديانات السماوية التي تنص جميعها على قيم إنسانية تنادي برعاية الضعفاء. والمرضى، والمعوقين وغيرهم من الفئات الأقل حظاً في المجتمع. واتسمت هذه المرحلة بالعناية بالمعوقين عقلياً وتزويدهم بالغذاء والشراب والكساء. شهدت هذه المرحلة إيجاد دور الإيواء للمعوقين عقلياً في أقبية الكنائس والمارستانات. وكان الاعتقاد السائد بعدم إمكانية تعليم المعوقين عقلياً حيث كانوا يودعون في السجون إلى جانب المجرمين. للظن بأنهم يشكلون خطورة على المجتمع. وفي أحيان كثيرة كانوا يرسلون إلى المصحات ودور الإيواء الخاصة بالمرضى العقليين (Kirk and Gallagher, 1983).

4- مرحلة التربية والتأهيل: يمكن القول إن هذه المرحلة بدأت مع نهاية القرن الثامن عشر وبداية القرن التاسع عشر. واتسمت هذه المرحلة ببدء المحاولات لتدريب المعوقين عقلياً وتأهيلهم. وتشكل جهود الطبيب الفرنسي إيتارد (Itard)البداية الحقيقة لهذه المرحلة. كان إيتارد طبيباً لامعاً يعمل في مركز للصم. وفي عام (1798) عثر ثلاثة صيادين على طفل متوحش في إحدى الغابات. وسمي ذلك الطفل فيكتور أو الطفل أفيرون نسبة إلى اسم الغابة التي وجد فيها. كان فيكتور متوحشاً بكل معنى الكلمة. لا يتقن أياً من جوانب السلوك الإنساني المتحضر بما في ذلك اللغة. اعتقد إيتارد أن بإمكانه تدريب الطفل وجعله كائناً اجتماعياً. وعلى الرغم من أن إيتارد لم يحقق كل أهدافه إلا أنه استطاع خلال (5) سنوات من تدريب فيكتور وتعليمه نطق وكتابة وقراءة بعض الكلمات، إضافة إلى تهذيب سلوكه الحيواني بعض الشيء. ثم قام سيجان (Segiun)وهو أحد تلامذة إيتارد سنة (1837م) بافتتاح مؤسسة لرعاية المعوقين عقلياً في باريس. وفي عام

(1848م) هاجر إلى الولايات المتحدة حيث أفتتح سنة (1854م) أول مؤسسة داخلية للمعوقين عقلياً.

ولم تقل جهود الإيطالية ماريا منتسوري (Maria Montessori) أهمية عن جهود سيجان، حيث أنشأت في العام (1897م) مدرسة لتعليم المعوقين عقلياً، وبدأت برنامجاً لتدريب المعلمين للعمل في هذا المجال. وطورت منتسوري نظرية متكاملة لتدريب صغار الأطفال المعوقين وغير المعوقين تقوم على استثارة وتدريب الحواس. (سيسالم وآخرون، 1987).

وفي العام (1896م) ونتيجة لجهود سيجان وغيره، والتواصل مع عدد من الرواد الأوروبيين أفتتح في الولايات المتحدة أول صف خاص للمعوقين عقلياً في مدرسة عادية والذي شكل انطلاقة لتجربة جديدة في مجال تعليم المعوقين عقلياً بدرجة بسيطة. وفي العشرينات من القرن الماضي انتشرت المدارس الخاصة والمعاهد الداخلية للمعوقين عقلياً في الولايات المتحدة الأمريكية والدول الغربية (عبد الرحيم، 1988م).

وبعد الحرب العالمية الثانية ازداد الاهتمام بالمعوقين بوجه عام نتيجة لجهود رعاية معاقي الحرب والجنود المصابين المسرحيين من الخدمة، مما انعكس إيجابياً على فرص التدريب المهني للمعوقين عقلياً إذ كانت المحاولات الجدية في هذا المجال في أوائل الخمسينات. وفي الستينات وإبان حكم الرئيس كندي، حظيت خدمات المعوقين عقلياً باهتمام كبير في الولايات المتحدة، ومن الجدير بالذكر أن شقيقة كندي كانت معوقة عقلياً. وتزامن هذا الاهتمام مع ظهور حركة جديدة في أوروبا الغربية خاصة بالدول الإسكندنافية تطالب بإعادة النظر في السياسات المتبعة في خدمات المعوقين، ورفض النمط المؤسسي القائم على الرعاية في مراكز داخلية منعزلة عن المجتمع، وخلال العقود الأربعة الماضية ازداد الوعي بمشكلة الإعاقة من خلال الإعلان العالمي لحقوق المعوقين عقلياً والذي تبنته الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1971م.

الإتجاهات نحو الإعاقة العقلية

يعتبر موضوع الاتجاهات نحو المعوقين عقلياً متشعباً وعاماً ولغايات التسهيل على القارئ فسوف يتم تناوله بصورة مجزأة على النحو الآتي:

- إتجاهات الأسرة نحو ولادة طفل معّوق عقلياً.

- إتجاهات البيئة المدرسية نحو الإعاقة العقلية.

- إتجاهات المجتمع بشكل عام وأصحاب العمل نحو الإعاقة العقلية.

أولاً:- إتجاهات الأسرة نحو ولادة طفل معّوق عقلياً:-

جميعنا يعلم بأن جميع أفراد الأسرة وخصوصاً الأم والأب عندما ينتظرون مولوداً جديداً، يتأملون أن يكون هذا الطفل القادم جميلاً وذكياً وسليماً من جميع الجوانب، ولكن تكون الصدمة الكبرى عندما يخبرهم الطبيب بأن طفلهم الموعود معاقاً عقلياً أو قد يتوقع أن يكون كذلك!

ويمكن أن نلخص ردود فعل الأسرة أو اتجاهاتها نحو الطفل المعاق إلى ما يلي:-

1- الإتجاه السلبي أو الاتجاه الرافض: حيث نلاحظ أن بعض الأسر لم تكن تتوقع أن يكون لها طفل معاق ولذلك فهي لا تتقبل هذا الوضع المؤلم وتتهرب منه وترفضه بأشكال شتى. كأن يتبادل الزوجان التهم حول السبب في وجود الطفل المعاق، وقد يستمر ذلك طويلاً وتتحول البيئة الأسرية إلى جحيم لا يطاق ويسبب مزيداً من الألم والتعاسة للزوجين وللأبناء الآخرين وقد يطلب الزوجان أو أحدهما الطلاق، وقد أشارت الدراسات في هذا الجانب أن نسبة الطلاق بين الأسر التي يوجد بها المعاقين أعلى من نسبة الأسر التي لا يوجد بها معاقين. ومثل هذه الحالات تحتاج إلى الإرشاد الأسري المكثف من قبل المتخصصين في مجالات التربية الخاصة وعلم النفس.

2- عدم الإكتراث والإهمال: حيث لوحظ أن بعض الأسر أو بعضاً من أفرادها يتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو طفلهم المعاق، فلا يتقبلونه إطلاقاً وهذا الاتجاه يؤدي إلى إهمالهم له بدرجة كبيرة، فلا يكترثون لمظهره وملابسه وطعامه ولا يوفرون له العناية الصحية الكافية، ويحاولون إخفائه عن حياتهم اليومية، ووضعه في مؤسسة داخلية للمعاقين أو إبعاده عن أنشطة الأسرة وخصوصاً الاجتماعية منها، مما يؤدي إلى زيادة درجة إعاقة الطفل المعاق، وخصوصاً في القرى والأماكن النائية، لذا كان لا بد من وجود البرامج الإعلامية والتثقيفية المستمرة لأهالي المعاقين.

3- الاهتمام الزائد بالطفل المعاق: يتكون لدى بعض الأسر اتجاهات مغايرة للاتجاهات الواردة في البندين السابقين، حيث أن أحد الوالدين أو كلاهما قد يبدي اهتماماً زائداً في الرعاية والعناية لطفله المعاق مما يعيق برامجه التعليمية والتدريسية ونشأته

السليمة، ويعود ذلك في كثير من الأحيان إلى الشعور بالإثم أو الذنب، حيث يعتقد أحد الوالدين أو كلاهما بأنه السبب في وجود الإعاقة عند الطفل، ويمكن القول أن اتجاهات الأسرة نحو طفلها المعوق قد تبدّلت كثيراً من الاتجاهات السلبية إلى الإيجابية وذلك بسبب تقبل المجتمعات لها وتوفر الرعاية والعناية لهم وصدور تشريعات خاصة بالمعوقين أقرتها هيئة الأمم المتحدة. (سالم، 1994، ص: 124-125).

ثانياً: اتجاهات المحيط المدرسي:

تشير الدراسات بأن أقل المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المعاق عقلياً هي في المدرسة، حيث تبين الدراسات بأن معظم زملاء المعاق في المدرسة يبدون نحوه التقبل والتفهم والتعاون. كذلك فإن المعلمين أيضاً في معظم الأحيان يظهرون التقبل والتعاون مع الطفل المعاق ويحاولون المساعدة بقدر المستطاع، وإذا توافرت الإدارة المدرسية الجيدة والمتفهمة لمشكلات المعاق وحاجاته فإنها بالتالي تعمل على توفير البيئة المدرسية الملائمة للطالب المعاق. وبالرغم من كل ما ذكر فإن الطالب المعاق عقلياً يواجه الإحباطات في المدرسة بسبب عدم قدرته على التحصيل الأكاديمي والسير مع زملاءه في البرامج التربوية، وهذا يسبب للمعاق وأسرته كثيراً من الإحباط.(Macmillan, 1982,P: 296).

ثالثاً:- اتجاهات المجتمع واتجاهات أصحاب العمل:

بالإضافة إلى الإحباطات التي يواجهها المعاق في الأسرة والمدرسة، كما ذكرنا سابقاً، فأنّهُ يواجه الإحباط في حياته اليومية في الشارع وفي الأماكن العامة وخلال استخدامه للمرافق العامة وخلال استخدامه وسائل المواصلات وغير ذلك من جوانب الحياة اليومية، والسبب أن المعاق يحتاج إلى تفهم الآخرين لكيفية التعامل معه. ولكن، من الصعب أن نجد لدى كافة أفراد المجتمع الفهم الجيد والإيجابي للمعاق عقلياً والقدرة على تقبله. لذلك، فهو معرض للإحباط في مواقف كثيرة في حياته اليومية. كذلك نلاحظ أن غالبية أصحاب العمل والمصانع والشركات يترددون في توظيف المعاق عقلياً، علماً بأن الكثير من الوظائف والمهمات يمكن أن يقوم بها المعاق عقلياً وبدرجة متقنة من الأداء إذا توافر له التدريب والتأهيل المهني الملائم. وحديثاً، بدأت كثير من دول العالم تنص في قوانينها على ضرورة تشغيل المعاقين في مؤسساتها، كذلك تعمل على توفير الحوافز المختلفة لتشجيع أصحاب العمل في القطاع الخاص على توظيف المعاقين. (سالم، 1994، ص: 126).

تعريف الإعاقة العقلية

تقع ظاهرة الإعاقة العقلية ضمن اهتمام فئات مهنية مختلفة. ولهذا فقد حاول المختصون في ميادين الطب والاجتماع والتربية وغيرهم التعرف على هذه الظاهرة من حيث طبيعتها، ومسبباتها، وطرق الوقاية منها، ونستنتج مما سبق أنه من الصعوبة بمكان الوصول إلى تعريف للإعاقة العقلية يتصف بالدقة العلمية والمهنية ذات التخصصات المختلفة. وقد يكون من المناسب إستعراض أبرز التعريفات المهنية للإعاقة العقلية وصولاً إلى التعريف الذي نعتبرهُ أكثر قبولاً من سواه.

تعريف دول (Definition Doll`s):

فقد وضع إدجار (دول) تعريفاً للإعاقة العقلية عام 1941، وقد حظي هذا التعريف بقبول الأوساط ذات العلاقة بالإعاقة العقلية لسنوات طويلة. ويركز تعريف دول على أن المعاق عقلياً يتصف بالخصائص التالية:

1- عدم النضج الاجتماعي: ويرجع ذلك إلى نقص في القدرة العقلية.

2- توقف النمو العقلي: ويتضح ذلك عند البلوغ.

3- له أصل بنيوي (حيوي): وهو بالضرورة غير قابل للشفاء.

إن ما يميز تعريف (دول) الربط بين النضج الاجتماعي وبين النقص العقلي غير أن هذه الفرضية قد تغيرت إذ أصبح من الممكن تدريب المعاقين عقلياً على المهارات الاجتماعية. كما أن دول اعتبر أن التخلف العقلي غير قابل للشفاء، وكان من بين الانتقادات التي وجهت إلى دول من قبل العاملين مع المعاقين عقلياً أن درجات الذكاء أو نسب الذكاء يمكن أن تتحسن عند بعض المعاقين عقلياً نتيجة للتدريب والتعليم وبالتالي ومع مرور الزمن يزداد مستوى القدرة العقلية لدى المعاقين عقلياً وبخاصة الأفراد الذين ينتمون إلى فئة الحالات البسيطة والمتوسطة، ونتيجة لهذه الانتقادات المهمة لتعريف دول ظهرت تعريفات أكثر شمولية ومصداقية منها تعريف هيبر ثم تعريف جروسمان.

تعريف هيبر (Heber`s Difinition)

أما هيبر (Heber, 1961) فقدم في عام 1961م تعريفاً للإعاقة العقلية حظي بقبول الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي آنذاك (American Association of Mentel Dif-iciency). وينص التعريف على أن ((التخلف العقلي يشير إلى إنخفاض عام في الأداء

العقلي يظهر خلال مرحلة النمو مصاحباً بقصور في السلوك التكيّفي)). وكما هو واضح من هذا التعريف فإنه يعتبر انخفاض درجة الذكاء كمحك أساسي للتخلف العقلي، وهذا ما لا يتفق مع أنصار المدرسة السلوكية في علم النفس أو بعض علماء الاجتماع أمثال ميرسر. فالمدرسة السلوكية تؤكد على السلوك القابل للملاحظة والقياس وتحاول دراسة علاقته بالعوامل التي تسبق حدوثه أو التي تليه. لذلك فإنها تعتبر الذكاء مفهوماً نظرياً لا يمكن الدفاع عنه، علاوة على أن جدواه العملية قليلة، لذلك نجد بيجو (Bijou) أحد أقطاب هذه المدرسة يقول بأن الفرد المتخلف عقلياً هو ((الذي يعاني من محدودية في الخبرة السلوكية التي تشكلت نتيجة للأحداث التي تؤلف تاريخه)) (Heward &Orlansky, 1988).

تعريف جروسمان: (Grossman)

لقد جاء تعريف جروسمان للتخلف العقلي بوصفة تعديلاً للتعريف الذي وضعه هيبر عام 1961، وينص تعريف جروسمان الذي وضعه عام 1973م على أن التخلف العقلي ((الإنحراف الشديد أو الإعاقة للوظيفة العقلية مع وجود أو مرافقة عدم تكيف أو انحراف في السلوك التكيفي للفرد، ويظهر هذا خلال مراحل نمو الفرد وتطوره)).

ويشير هذا التعريف بوضوح إلى أربعة نقاط مهمة، هي:

1- وجود الإعاقة أو الانحراف في الوظيفة العقلية.

2- تكون الإعاقة العقلية شديدة واضحة.

3- تنطوي الإعاقة العقلية على إنحراف أو عدم تكيف في السلوك الاجتماعي.

4- تظهر هذه الانحرافات خلال مرحلة النمو ومن ثم تستمر.

وبشكل عام فإن التعريفات السابقة أسهمت بشكل أو بآخر في إثراء البحث العلمي وزيادة إمكانية تحديد مفهوم التخلف العقلي وطبيعته. إضافة إلى ذلك فإنها رغم تنوعه ساعدت في التوصل إلى التعريف الذي تتبناه الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والذي يعتبر أكثر التعريفات قبولاً وشيوعاً بين مختلف الدراسين والعاملين في هذا المجال. ويُنص تعريف الجمعية الأمريكية والذي اقترحه جروسمان (Grossman, 1983) على أن ((التخلف العقلي يشير إلى حالة من الانخفاض الدال (الواضح) في الوظائف العقلية العامة تظهر أثناء فترة النمو وينتج عنها أو يصاحبها قصور في السلوك التكيفي)). ويتميز هذا التعريف عن سواه بأنه يتضمن ثلاث محكات أساسية يجب توفرها معاً قبل الحكم على فرد ما بأنه متخلف عقلياً. وهذه المحكات هي:

1- انخفاض دال في الوظائف العقلية العامة، والانخفاض المقصود هو مقدار انحرافيين معياريين عن المتوسط. فإذا كان مقياس وكسلر هو اختبار الذكاء المستخدم في القياس فإن هذا يعني أن درجة الذكاء تقل عن (70) أما إذا كان مقياس بينيه هو الاختبار المستخدم فإن الدرجة يجب أن تقل عن (68) [1].

2- قصور في السلوك التكيفي ويشير مفهوم السلوك التكيفي إلى درجة كفاية الفرد في الاستجابة للتوقعات الاجتماعية لمن هم في مثل سنه وفئته الاجتماعية، سواء فيما يتعلق بالاستقلالية الشخصية أو المسؤولية الاجتماعية. فعلى سبيل المثال يتوقع من الفرد في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة أن يحقق نمواً في المهارات الحسية والحركية والمهارات اللغوية والعناية بالذات والسلوك الاجتماعي، بينما يتوقع منه في مرحلة الرشد إضافة إلى كل المهمات في المراحل العمرية السابقة والتالية لمرحلة الطفولة المبكرة أن يتحمل مسؤوليته الاجتماعية والقيام بأدواره المتوقعة، خاصة في مجال الحصول على مهنة تحقق له الاستقلال الاقتصادي، وبناء أسرة والسلوك المنسجم مع القيم والأعراف الاجتماعية المرعية.

3- ظهور كل من الانخفاض في الوظائف العقلية والقصور في السلوك التكيفي خلال مرحلة النمو، أي دون سن الثامنة عشرة. وعليه فإن حالات القصور في الوظائف العقلية والتي قد تصاحب عجز في السلوك التكيفي والتي قد تحدث في مراحل العمر اللاحقة نتيجة عوامل مختلفة لا يمكن تصنيفها على أنها حالات تخلف عقلي. فمثل تلك الحالات يشار إليها بالاضطراب أو الأمراض العقلية. (Macmillan, 1982,P: 46) (القريوتي وآخرون، 1995).

وفي عام 1992م صدر تعريف حديث عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والذي ينص على أن الإعاقة العقلية هي حالة تشير إلى جوانب قصور ملموسة في الأداء الوظيفي الحالي للفرد. وتتصف الحالة بأداء عقلي دون المتوسط بشكل واضح يوجد متلازماً مع جوانب قصور ذات صلة في مجالين أو أكثر من مجالات المهارات التكيفية التالية: التواصل، العناية الذاتية، الحياة المنزلية، المهارات الاحتماعية، استخدام المصادر المجتمعية، التوجيه الذاتي، الصحة والسلامة، المهارات الأكاديمية، وقت الفراغ ومهارات العمل. وتظهر الإعاقة العقلية قبل سن الثامن عشر. (Greenspan, 1999, p. 6).

(1) المتوسط لكل من مقياس وكسلر وبينيه (100)، أما الانحراف المعياري الواحد فيقابل (15) درجة في مقياس وكسلر، (16) درجة في مقياس بينيه.

واقع الإعاقة العقلية ومدى انتشارها:

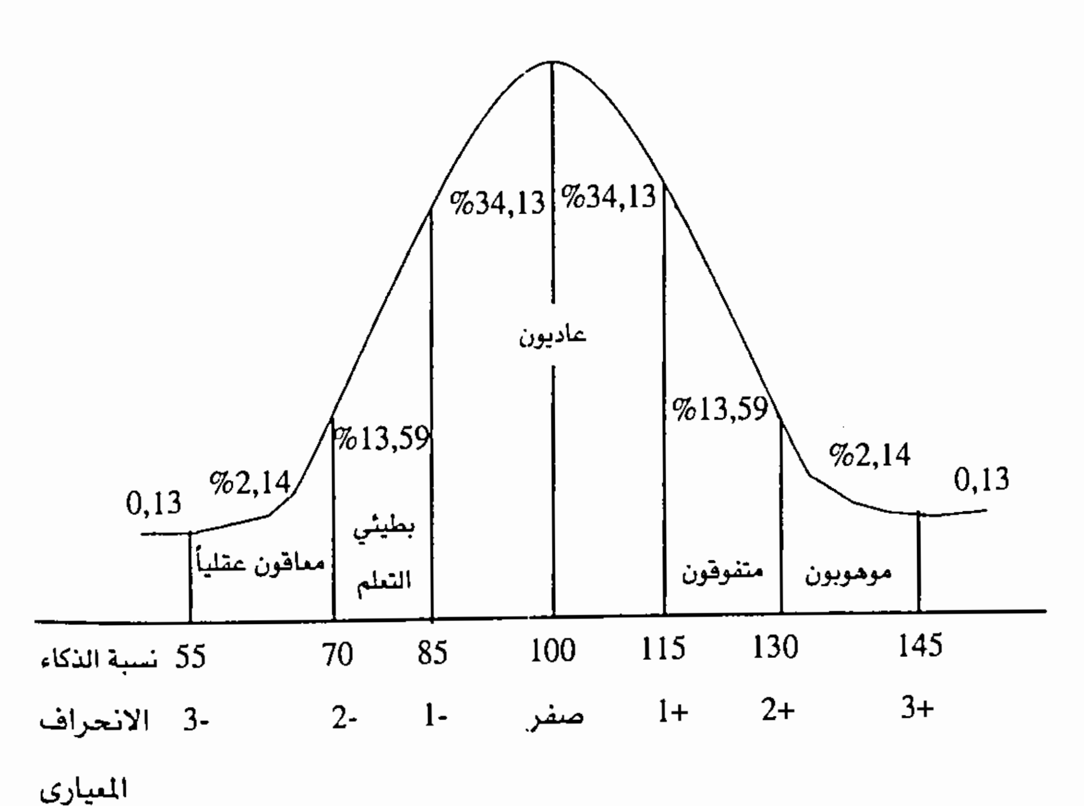
لقد أجريت دراسات كثيرة وفي بلدان مختلفة لمعرفة نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع، وقد تفاوتت نتائج تلك الدراسات نتيجة لعدة عوامل، منها: عامل التصنيف وعامل الهدف من الدراسة أو المسح وعامل خصائص العينة كالعمر والجنس وغير ذلك. ولكن غالبية المتخصصين والعاملين في مجال المعاقين عقلياً وكذلك المؤسسات الدولية والإقليمية تتفق على أن نسبة المعاقين عقلياً في المجتمع هي حوالي 2,5% أما نسبة الاختلاف بين نتائج الدارسات المسحية لمعرفة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع فتعود إلى العوامل المذكورة سابقاً.

إن أفضل طريقة لمعرفة عدد المعاقين بشكل عام في المجتمع وعدد المعاقين عقلياً بشكل خاص في أي مجتمع هو القيام بزيارة كل أسرة في المجتمع وبحسب قوانين الإحصاء السكاني الحديث والتعرف على وجود المعاق من قبل المتخصصين، ولكن وبطبيعة الحال فمن الصعب والصعب جداً تحقيق مثل هذه الأهداف لأسباب كثيرة منها الكلفة الاقتصادية جداً لمثل هذه الدارسة، والجهد والوقت المستغرق في مثل هذه الحالة، فإن معظم الدراسات تلجأ إلى الإكتفاء بأخذ عينة أو عينات من المجتمع وتقوم بدراستها ومن ثم تعمم النتائج على باقي المجتمع، وعليه فإن الدقة في اختيار العينة، ومدى صحة تمثيلها للمجتمع السكاني بكامله، ومدى توافقها والقوانين الإحصائية، وكيفية جمع المعلومات، ووسيلة جمع المعلومات المطلوبة، وتدريب القائمين على جمع المعلومات بالشكل الملائم، وأسلوب تحليل المعلومات واستخلاص النتائج بالإضافة إلى أخطاء القياس المعروفة لدى العاملين في مجال الإحصاء والقياس، كل هذه العوامل تؤثر بشكل واضح على دقة النتائج والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار دائماً عند تعميم النتائج لأية دراسة حول أعداد المعاقين أو نسبتهم في المجتمع. وكذلك يجب أن نراعي الفئة العمرية هدف البحث فهل الدراسة تركز على فئة حديثي الولادة أم أطفال ما قبل المدرسة أم المرحلة المدرسية، ام مرحلة الإعداد والتأهيل المهني أم كبار السن من المعاقين، وكذلك يجب أن نراعي عامل الجنس خلال الدراسات، فعلى سبيل المثال فإن نسبة الإناث إلى الذكور لا تتعدى 4:1 في معظم مراكز المعاقين عقلياً في الأردن وأقل من ذلك في مراكز المعاقين عقلياً في بعض الدول العربية وهذا يعود بطبيعة الحال إلى عدة عوامل لسنا بصدد دراستها هنا ولكن من أهمها العامل الاجتماعي والثقافي.

وبرغم تباين الآراء والعوامل التي تؤثر على نتائج الدراسات المسحية للمعاقين بشكل عام وللمعاقين عقلياً بشكل خاص، فإن الاتجاهات العامة للباحثين في هذا المجال والمؤسسات الدولية ذات العلاقة تجمع بأن نسبة المعاقين في أي مجتمع تقريباً ما بين 7%-10%، والمقصود هنا بالمعاقين أي جميع أنواع الإعاقات والتي تشمل المعاقين عقلياً والمعاقين جسدياً وحركياً والمعاقين حسياً أي المكفوفين والصم والمصابين بالشلل الدماغي والاضطرابات الانفعالية الشديدة، أما نسبة الإعاقة العقلية لوحدها فكما ذكرنا سابقاً تتراوح ما بين 2%-3% في المجتمع. (سالم، 1994م، ص: 136-138). (keigher,2000)

ويوضح الشكل رقم (1-2) توزيع الذكاء بحسب اختباري ذكاء ستانفورد بينيه ووكسلر على المنحنى الإعتدالي (منحنى التوزيع الطبيعي) وفيه يتضح نسب انتشار الإعاقة العقلية وتظهر في يسار المنحنى، مع الأخذ بعين الاعتبار أن هذا توزيع إحصائي نظري.

شكل رقم (1-2)
(منحنى التوزيع الطبيعي / منحنى غوس)



العوامل التي تساهم في زيادة أو نقصان نسبة انتشار الإعاقة العقلية:

قد تزيد نسبة انتشار الإعاقة العقلية من مجتمع لآخر وقد تنقص في مجتمعات أخرى تبعاً لعدد من العوامل أهمها:-

1- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فإذا استخدم المعيار الوارد في تعريف هيبر للإعاقة العقلية (أقل من انحراف معياري واحد عن المتوسط) فإنه نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع هي 15,86% في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان للإعاقة العقلية في أقل من إنحرافيين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع 2,27. (صادق، 1982).

2- معيار العمر المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فإذا ما استخدم معيار العمر والذي ظهر في تعريف هيبر للإعاقة العقلية، فإن سقف العمر النمائي لدى هيبر سن 16سنة، في حين أنه لدى جروسمان هو 18 سنة، ويعني ذلك أن حالة الإعاقة العقلية تظهر لدى الفرد في فترة العمر النمائية منذ الميلاد وحتى سن 18سنة، وبما أن نسبة الأفراد في المجتمع والذين يشكلون الأطفال والشباب يساوي تقريباً حوالي 50% من ذلك المجتمع، فإن ذلك يعني إنخفاض نسبة الإعاقة العقلية من 2,27% إلى حوالي 1,5% تقريباً من مجموع السكان في مجتمعٍ ما. (Macmillan, 1982,P:68)

3- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة العقلية: فعندما يصبح معيار السلوك التكيفي شرطاً أساسياً لتحديد وجود الإعاقة فإنه من المتوقع تقليل نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع من 2,27%إلى 1%.

4-العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة العقلية في المجتمع، وتجمع الدراسات في هذا الموضوع إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلة نسبة المعوقين عقلياً في المجتمع والعكس صحيح. (الروسان، 2001).

أسباب الإعاقة العقلية

لقد أكدت العديد من الدراسات أن معظم حالات الإعاقة العقلية تتمثل في الإعاقة البسيطة، حيث أشار باتون وآخرون أن نسبة المصابين بالإعاقة العقلية البسيطة تتراوح ما

بين 70-80% من مجموع الأفراد المصابين بالإعاقة العقلية بوجه عام. كما أكدت هذه الدراسات أن معظم الأسباب والعوامل المؤدية إلى الإصابة بالإعاقة العقلية البسيطة غير واضحة أو معروفة تماماً، إذ ترجع في مجملها إلى العوامل الوراثية. وتصنف هذه الدراسات أن حوالي 15% من حالات الإصابة بالإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة والعميقة أو الحادة. ناتجة عن أسباب بيولوجية وطبية معروفة متمثلة في إصابة المخ. (Patton, 1986,P:20).

وفي ضوء ما سبق، ظهرت الكثير من التصنيفات التي تناولت مسببات الإعاقة العقلية، ومنها على سبيل المثال التصنيف الذي قسم مسببات هذه الإعاقة حسب زمن تأثرها أو ظهورها إلى ثلاثة أقسام رئيسية هي:-

1- عوامل ما قبل الولادة :(Preinatal Causes)وهي العوامل التي تؤثر على الجنين قبل ولادته وخلال أشهر الحمل.

2- عوامل أثناء الولادة :(Preinatal Causes)وهي العوامل التي تؤثر على الطفل أثناء عملية الميلاد وتؤدي إلى إعاقة.

3- عوامل ما بعد الولادة :(Pastnatal Causes)وهي العوامل التي تؤثر على الطفل بعد ولادته وفي سنوات عمره المبكرة وتؤدي إلى إعاقته.

4- وهناك مجموعة أخرى يمكن أن نسميها عوامل غير محددة، تشير إليها الدراسات على أنها قد تكون مسؤولة عن تلك الحالات من الإعاقة العقلية البسيطة غير معروفة الأسباب، وهي تشكل النسبة الكبرى من حالات الإعاقة العقلية حيث تصل إلى حوالي 75% .(Macmillan, 1982).

أولاً:- عوامل ما قبل الولادة (Prenatal Cases)

ونركز هنا على العوامل التي نعتقد أنها تسبب الإعاقة العقلية وتحصل قبل عملية ولادة الطفل أي تحصل خلال مرحلة الحمل، وقد تكون هذه الأسباب وراثية أو قد تكون أسباب بيئية أو كلاهما معاً، وهذا لن يكون مدار بحثنا كما اتفقنا سابقاً. ومن أسباب الإعاقة العقلية في مرحلة ما قبل الولادة ما يلي:

1- حالة المنغولية Down`s Syndromeما هي حالة المنغولية أو المنغولزم؟ لقد اكتشف الطبيب داون (Down)عام 1866م هذه الحالة، أما تسمية المنغولية أو المنغولزم إلى أن

المعاق عقلياً من هذا النوع يتصف بصفات جسمية متشابهة إلى حد ما بأهالي بلاد المنغول من مثل كبر حجم الرأس وقصر القامة وضيق فتحات العينين وغير ذلك. لذلك فقد أطلق على هذه الحالة في البداية المنغولية، ولكن تعرف حالياً وعلى النطاق الدولي بحالة داون نسبة إلى الطبيب المكتشف لهذه الحالة، ومن الملاحظ أن معظم حالات داون هذه تتصف بخصائص جسمية وفسيولوجية (تشريحية) متشابهة بدرجة كبيرة. كما وأننا نلاحظ أنّ بوصفنا متخصصين في هذا المجال بأن المستوى العقلي لهذه الفئة يقع أغلب الأحيان في المستوى المتوسط (Moderate) وأحياناً يقع في المستوى أو الدرجة الشديدة (Severe) حيث تقدر نسبة المنغولين من المعاقين عقلياً بحوالي 10% من مجموع المعاقين عقلياً ككل، أي أنه من بين عشرة حالات إعاقة عقلية نجد حالة واحدة منغولية، كما وتقدر نسبة المنغوليين بين المواليد الجدد بحوالي 1 من 600 أي من بين 600 مولود جديد يكون هناك حالة واحدة تقريباً منغولية. ويجب أن لا ننسى بأن بعض حالات المنغوليين خفيفة جداً وبالتالي يكون مستواهم العقلي من فئة حالات الإعاقة العقلية البسيطة (Mild)وهذه الفئة إذا توافرت لها الرعاية والتربية الخاصة والتدريب والتأهيل المهني الملائم تتمكن من تحقيق أقصى درجات الاستقلالية بالنسبة للمعاقين عقلياً والاندماج في المجتمع من حيث إيجاد العمل وكذلك تكون قادرة على التكيف الاجتماعي بدرجات جيدة أيضاً، حيث أن بعض الناس قد لا يعتبرون هذه الفئة من المعاقين عقلياً. وتشير الدراسات بأن هذه الفئة من المعاقين عقلياً تزيد نسبة حدوثها عندما يكون عمر الأم عند الإنجاب 35 سنة فأكثر، ويجب أن نلاحظ إننا هنا نتحدث عن نسب وليس عن حقائق مطلقة.

ومن الجدير ذكره أن هذه الحالة تحدث نتيجة اضطراب في الجينات حيث أن الفرد يرث عدداً متساوياً من الصبغات (الكروموسومات Chromosmes) من كل من الوالدين، تساوي (23) كروموسوماً من كل منهما، وبهذا فإن الفرد يرث (46) كروموسوماً تترتب في (23) زوجاً.

يذكر كيرك (KIRK) أن ليجوين ورفاقه استطاعوا عام 1959م أن يكتشفوا أنه في حالة الإعاقة الذهنية المتوسطة، والتي أطلق عليها المنغولية (Mongolism) يكون لدى الفرد كروموسوماً زائد، وأن هذا الكروموسوم ملتصق مع زوج الكروموسومات (21)، بحيث ظهر هذا الزوج ثلاثياً (Trisiomy) لا ثنائياً، وهناك حالات أخرى تسبب نوعاً من المنغولية لا

يكون فيها كروموسوماً زائد، بل يكون لدى الفرد فيها (46) كرموسوماً أنقسم أحدهما والتصق ذلك الجزء بكروموسوم آخر (Dislocation)، هذا بالإضافة إلى نوع ثالث من المنغولية يطلق عليه اسم (Mosaic Mongolism)، وهذان النوعان الأخيران من المنغولية يشكلان نسبة 4%-5% فقط من حالات المنغولية جميعها.

2- حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن اضطراب التمثيل الغذائي والمعروفة بعملية الهدم والبناء، حيث قد يحدث اضطراب لأحد الأنزيمات مما يؤثر على إفرازه وبالتالي يؤثر على عملية الأيض، وهناك العديد من هذه الاضطرابات البيوكيميائية والتي تسبب الإعاقة العقلية ومن أشهر هذه الحالات ما يعرف بحالة (PKU) وهي اختصار لـ (Phe-nyl- Keton Uria) أو الفنيلكيتون يوريا، وهي تحصل كنتيجة لاضطراب بيوكيميائي يسبب ظهور حامض الفينيلروفك في بول المولود وسبب ذلك عدم تأكسد حامض الفينللين لغياب إفرازات الأنزيم الذي يقوم على عملية الأكسدة المطلوبة. والفينيللين عبارة عن حامض أميني يوجد في مصادر الغذاء البروتيني والتي منه الحليب، وحيث أنه لا يهضم ولا يحصل له تمثيل غذائي صحيح، لذلك فإنه يبدأ بالبناء أو التراكم في دم المولود، وعندما تزداد نسبته في الدم يصبح بمثابة عامل تسمم للدماغ ويسبب تلف في الخلايا العصبية للدماغ إذا لم يتم ذلك مبكراً. (سالم، 1994، ص: 148).

3- **اختلاف العامل الرايزيسي:** (R.H) يعتبر اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين أحد العوامل الهامة، والمسببة لحالات الإعاقة العقلية أو حالات أخرى من الإعاقة والتشوهات الولادية، ويعرف العامل الرايزيسي على أنه انتجين موجود في الدم ((وسمي كذلك نسبة إلى نوع من القردة توجد في جبل طارق اكتشف فيها هذا العامل)) ويوجد هذا العامل بصفة سائدة لدى 85% من البشر، في حين أنه يوجد بصفة سالبة لدى 15% من البشر، ويبدو أثر العامل الرايزيسي في حالة واحدة هي اختلاف العامل الرايزيسي بين الأب والأم وبسبب ظهور العامل الرايزيسي بشكل موجب لدى الأب وبشكل سالب لدى الأم، وبسبب سيادة العامل الموجب فسوف يظهر العامل الرايزيسي لدى الجنين موجباً، وفي هذه الحالة يختلف العامل الرايزيسي للأم عنه لدى الجنين، الأمر الذي يؤدي إلى إطلاق الأم لمضادات حيوية لكريات الدم الحمراء لدى الجنين بحيث تدمرها، كما تؤدي إلى حالة من تميع الدم .(Bilirubin) وحين يصل إلى مستوى تسمم الدم بسبب عجز كبد الجنين لتمثيل تميع الدم، فإن ذلك يؤدي إلى

تلف أو خلل في الخلايا الدماغية، وقد توصل الطب الحديث اليوم إلى طريقة تفادي مشكلة اختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين،وتبدو هذه الطريقة في حقن الأم بإبرة بعد الولادة بـ 72 ساعة، وتحتوي هذه الإبرة على مادة (Gamma Globulin) وتبدو مهمة هذه الإبرة في إيقاف إنتاج الأجسام المضادة لدى الأم، والتي كانت تعمل على مهاجمة كريات الدم الحمراء لدى الجنين. (إبراهيم، 1993).

4- **الحصبة الألمانية**: من المعروف أن الحصبة الألمانية (Rubella) هي من أخطر الأمراض على الأم الحامل وبخاصة في المراحل الأولى من الحمل أي في الشهور الثلاثة الأولى من بداية الحمل، حيث تشهد تلك المرحلة بداية تكون الحواس عند الجنين. وعند إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية فإن الميكروب يتمكن من الوصول إلى الجنين وذلك بعد أن يخترق المشيمة المحيطة به ويسبب له إصابات في الحواس السمعية والبصرية والقلب والدماغ. ولذلك، فإن معظم الأطباء عندما يتأكدون من إصابة الأم الحامل وبخاصة في الثلاثة شهور الأولى، فإنهم غالباً ما ينصحون الأم الحامل بالإجهاض؛ فالوقاية هنا تكون أولاً بضرورة تطعيم الفتيات عند بلوغهن سن الزواج حيث أن تأثير المطعوم يدوم لفترة طويلة وثانياً على الأم الحامل أن تبذل قصارى جهدها من أجل أن لا تتعرض للإصابة بالحصبة الألمانية وبخاصة في شهورها الأولى من مرحلة الحمل.

5- **الأمراض التناسلية**: مثل مرض الزهري؛ ويكون تأثير هذا المرض على الجنين عادة في المراحل المتأخرة إلى التخلف العقلي عند المولود.

6- **الحمى الصفراء**: وهي من الأمراض المعدية والتي إذا تعرضت لها الأم فقد يؤثر ذلك على الجنين ويؤدي إلى التخلف العقلي عند المولود.

7- **التسمم**: قد تحدث حالات تسمم الجنين أثناء وجوده في الرحم أو قد تحدث ذلك بعد الولادة. ومن المعروف أن المواد المخدرة ومنها الكحول والمخدرات بأنواعها والدخان قد يؤثر على الجنين ويسبب له التخلف العقلي، وأحياناً فإن بعض الأدوية التي تتناولها الأم الحامل وبخاصة في الأشهر الأولى من الحمل قد تؤثر على الجنين، أما عندما تتناول الأم كميات كبيرة من الأدوية من دون استشارة الطبيب، كذلك فإن المواد الكيماوية التي تدخل الجسم أو تستخدم في حفظ الطعام، وحديثاً أثبتت الدراسات بأن المواد التي يدخل في تركيبها عنصر الرصاص تعتبر من المواد الخطرة والسامة وقد تؤدي إلى التخلف العقلي.

8- **السل**: عند إصابة الأم الحامل بمرض السل فإن الجنين قد يتأثر بهذا المرض، وكذلك بعد ولادة الطفل للأم المصابة بالسل حيث يجب إبعاد الطفل عنها فوراً، لأن السل شديد العدوى، ومن الأمراض المعدية أيضاً مرض جدري الماء والحصبة والنكاف التي قد تؤثر على الجنين إذا تعرضت لها الأم الحامل.

9- **اضطرابات إفرازات الغدد**: مثل الاضطرابات في إفرازات الغدة الدرقية أو البنكرياس عند الأم الحامل تؤثر على الجنين وذلك عن طريق دم الأم بواسطة الحبل السري.

10- **فقر الدم لدى الأم الحامل**: حيث أن ذلك يؤثر على الجنين وقد تؤدي إلى الإعاقة إذا استمر ذلك الحال عند الأم.

11- **انخفاض الأوكسجين**: حيث إذا إنخفضت نسبة الأوكسجين اللآزمة للأم الحامل بسبب إصابتها بمرض القلب أو نوبات الصرع مما يسبب تلف في الجهاز العصبي لدى الجنين.

12- **فترة الحمل**: إن قصر فترة الحمل أو طولها قد يسبب الإعاقة العقلية للطفل، وبسبب أن فترة الحمل قصيرة يكون نمو الجنين غير مكتمل ووزنه قد يقل عن ٢,٥ كغم في بعض الحالات وضعيف المقاومة. ولذلك، قد تؤدي حالته إلى التخلف العقلي، أما في حالة فترة الحمل الطويلة التي تزيد عن 38 أسبوعياً فقد يتعرض الطفل أثناء تلك الفترة إلى نقص في التغذية قد يسبب له الإعاقات العقلية.

13- **تعرض الأم للأشعة السينية أو الصدمات**: عن تعرض الأم الحامل وخصوصاً في مراحل الحمل الأولى للأشعة السينة X-Ray أو تعرضها للصدمات المفاجئة قد يسبب للطفل الإعاقة العقلية.

14- **سوء التغذية**: من الأسباب المهمة في حدوث الإعاقة العقلية هو سوء تغذية الأم الحامل وخصوصاً في شهور الحمل المبكرة، ويندرج تحت سوء التغذية عدم التوازن الغذائي.

15- **الإنجاب المبكر**: كما ذكرنا سابقاً فإن احتمال ولادة طفل معاق عقلياً تزداد بعد عمر الـ (38) سنة. كذلك فإن الإنجاب المبكر في حال كون الأم في سن دون الثامنة عشر قد يزيد من نسبة احتمال ولادة أطفال معاقين عقلياً.

16- **الولادة المتكررة والإجهاض المتكرر وزواج الأقارب**: كلها حالات قد تؤدي إلى زيادة نسبة احتمال ولادة أطفال معاقين عقلياً. (Macmillan, 1982,P: 156-148).

ثانياً: عوامل أثناء الولادة (Perinatal Causes)

ويقصد بهذه المجموعة من أسباب أثناء الولادة، تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الولادة والتي تؤدي إلى الإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات، ومنها:

1- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة (Asphyxia)

قد تؤدي حالات نقص الأوكسجين ((أسفكسيا)) لدى الأجنة أثناء عملية الولادة إلى موت الجنين. أو إصابته بإحدى الإعاقات ومنها الإعاقة العقلية بسبب إصابة قشرة الدماغ للجنين. كما تتعدد الأسباب الكامنة وراء نقصان الأوكسجين أثناء عملية الولادة لدى الجنين، كحالات التسمم (Toxenia)، أو إنفصال المشيمة (Placental Separation)، أو طول عملية الولادة أو عسرها، أو زيادة نسبة الهرمون الذي يعمل على تنشيط عملية الولادة .(Oxytocin) (سيسالم، 1987، ص:92).

2- الصدمات الجسدية(Physical Trauma)

قد يحدث أن يصاب الجنين بالصدمات أو الكدمات الجسدية أثناء عملية الولادة، بسبب طول عملية الولادة أو استخدام الأدوات الخاصة بالولادة، أو استخدام طريقة الولادة القيصرية ((Sezurian، بسبب وضع رأس الجنين أو كبر حجمه مقارنة مع عنق رحم الأم، مما يسبب الإصابة في الخلايا الدماغية أو القشرة الدماغية للجنين، وبالتالي الإعاقة ومنها الإعاقة العقلية.

3- العدوى التي تصيب الطفل (Infections)

إذا تعتبر إصابة الجنين بالالتهابات وخاصة التهابات السحايا (Meningistis)من العوامل الرئيسية في تلف أو إصابة الجهاز العصبي المركزي، وقد يؤدي ذلك إلى وفاة الجنين قبل ولادته، أو إصابة الأجنة إذا عاشت بالإعاقة العقلية أو غيرها من الإعاقات.

ثالثاً: مجموعة أسباب ما بعد الولادة (Postnatal Factor)

لقد أثبتت الدراسات المختلفة أن الكثير من حالات الإعاقة تحدث في مراحل الطفولة المختلفة، نتيجة لإهمال الأسرة، من إعطاء المطاعيم الواقية من الأمراض، التي يتعرض لها الطفل في هذه المرحلة والتي قد تؤدي إلى إعاقته قد يكون السبب فيها إهمال الأسرة الرعاية والعناية اللازمة للطفل، في هذه المرحلة المهمة الحساسة في حياته، مما يتعرض إلى حوادث مختلفة.قد تؤدي إلى إعاقات خطيرة وأمراض متعددة: وفيما يلي أهم هذه الأمراض:

أ- الأمراض:ـ

1- الكساح. 2- الحمى القرمزية.

3- اليرقان. 4- الحصبة.

5- الدفتيريا. 6- التهاب سحايا الدماغ الشوكي الوبائي.

7- شلل الأطفال. 8- النكاف.

9- السعال الديكي. 10- الشلل الدماغي.

ب- الحوادث:

إن للحوادث التي تعرض لها الطفل - خلال مراحل الطفولة المختلفة - دور هام في تعرضه لها، وإصابته بمختلف أنواع الإعاقة التي تترك أثارها البارزة عليه وعلى أسرته، وعلى المجتمع بشكل عام، وأن أكثر هذه الإصابات إنما تحدث نتيجة لإهمال الأسرة - وخاصة الأم - رعاية الطفل وتوجيهه، وإرشاده إلى كيفية تجنب المواقف التي قد تؤدي إلى إصابته وفي النهاية إلى إعاقته. ومن هذه الحوادث ما يلي:

1- سقوط الطفل على مناطق حساسة من الجسم.

2- إصابات الصعقة الكهربائية.

3- الحروق.

4- الأدوية الخاطئة.

5- حوادث الطرق.

6- استعمال القسوة في عقاب الطفل (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 48-49).

رابعاً:- عوامل غير محددة (Undifferentiated Factors)

لقد لاحظ العلماء والباحثون في مجال الإعاقة العقلية في السنوات الأخيرة الدور الكبير الذي تلعبه العوامل الثقافية والاجتماعية في حدوث الإعاقة العقلية بكافة أشكالها، كما أكدوا نتيجة للدراسات التي قاموا بها، أن للمؤثرات البيئية في المحيط الذي ينشأ فيه الطفل نتائج قد تكون سلبية وقد تكون إيجابية وجميعها تنعكس عليه، وقد تشكل مستقبلاً الكثير من ميزاته الجسمية أو العقلية أو الخلقية مما يؤثر على مستقبل حياته بشكل خاص وعلى المجتمع بشكل عام. كما أكد هؤلاء الباحثون من خلال النتائج التي توصلت

إليها دراساتهم أن أكثر حالات الإعاقة تنحدر من بيئات متخلفة اجتماعياً وثقافياً، تعاني من تدني المستوى الاقتصادي، وتنتمي إلى الطبقة الفقيرة أو الأسر المفككة التي تعاني من الخلل في العلاقات الزوجية والعائلية وغيرها من العوامل التي قد تتشابك وتتفاعل مع بعضها. (Hallahan &Kauffman, 1991).

تصنيف الإعاقة العقلية

تعتبر كل من درجة القصور في الأداء العقلي والسلوك التكيفي، هي الأساس الذي يقوم عليه تصنيف الإعاقة العقلية عند الأفراد، فهما يشيران إلى الاختلاف الواسع في المهارات والقدرة ضمن فئات الإعاقة العقلية المختلفة، بحيث يمكن القول بأن فئات الإعاقة العقلية المختلفة إنما هي فئات أو مجموعات غير متجانسة، وهذا التعميم يعتمد على أخر ما توصلت إليه البحوث الخاصة بالأفراد، الذين يظهرون قصوراً في الوظائف العقلية والاجتماعية. .(Patton, 1986,P.7).

أشارت معظم التعريفات الحديثة للإعاقة العقلية إلى أربعة مستويات رئيسية للإعاقة العقلية هي: البسيطة (Mild)، والمتوسطة (Moderate)، والشديدة (Severe)، والعميقة (Profound)، وهذا ما سنختم به عرضنا للتصنيفات.

وعلى الرغم من وجود اختلاف في درجة الأداء العقلي أو السلوك الاجتماعي بين هذه الفئات الأربعة، إلا أنه يجب التأكيد أيضاً على أن هناك فروقاً واسعة بين أفراد الفئة الواحدة، تماماً كما هو الحال بالنسبة للأفراد العاديين حيث يتوافر عدد كبير من المتغيرات التي تؤثر على الأفراد نفسياً وجسمياً، وذلك في مستوياتهم المختلفة وعبر مراحل حياتهم المختلفة. ومن هذه المتغيرات وجود إعاقة أخرى حسية أو جسمية أو مشاكل مرتبطة بالصحة العامة، أو المؤثرات الأسرية، أو مدى توافر الخدمات الطبية والتربوية، والاجتماعية (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 50)، ولكن تتضح طبيعة الفروق بين فئات الإعاقة العقلية، فسوف نعرض مجموعة من التصنيفات:

أولاً: التصنيف القائم على أسباب الإعاقة:

وهنا نصنف حالات المعاقين بحسب الأسباب التي أدت إلى الإعاقة، ويميل الأطباء إلى هذا الإتجاه في التصنيف حيث يهدف إلى معرفة الأسباب من أجل المعالجة، فقد ينقسم المعاقين إلى فئات معروفة الأسباب وفئات غير معروفة الأسباب أو قد يصنف المعاقين

عقلياً إلى ثلاث فئات، المعاقين الذين تكون أسباب إعاقتهم وراثية، وفئة الأسباب البيئية، وفئة الأسباب المختلطة أي الذين تكون إعاقتهم ناتجة عن تضافر عوامل بيئية وعوامل وراثية. إن هذا التصنيف لا يعمل به كثيراً وله سلبيات كثيرة، منها: أن الكثير من الأسباب غير المعروفة، ويصعب تحديدها. كذلك، هناك الكثير من الأسباب حيث تكون العوامل الوراثية والبيئية فيها متداخلة. ولذلك، يصعب تصنيفها، كما أن هذا التصنيف لا يفيد كثيراً في مجال تعليم المعوقين عقلياً وتدريبهم وتأهيلهم. ولذلك لا يؤخذ بهذا التصنيف كثيراً في مجالات التربية الخاصة. (الريحاني، 1985).

ومن بين التصنيفات المعتمدة على أساس مصدر العلّة (السبب) ما يلي:

أ- تصنيف تريد جولد "Tredgold"

صنّف هذا العالم الإعاقة العقلية على أساس الأسباب إلى الفئات التالية:-

1-إعاقة عقلية أولى: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تعود أسبابها إلى العوامل الوراثية.

2- إعاقة عقلية ثانية: وتشمل هذه الفئة تلك الحالات من الإعاقة التي تعود أسبابها إلى عوامل البيئة، كالمرض، الإصابات، والتشوهات التي تحدث قبل وأثناء وبعد الولادة.

3- إعاقة عقلية مختلطة: ((وراثي بيئي)): وتشمل هذه الفئة تلك الحالات التي تشترك فيها العوامل أو المسببات الوراثية والبيئة معاً.

4- إعاقة عقلية غير محددة الأسباب: وتشمل هذه الفئة الغالبية العظمى من الأفراد المعاقين عقلياً، وخاصة مستوى الإعاقة العقلية البسيطة، وهي حالات يصعب فيها تحديد أسباب أو عوامل معينة أدت إلى وجود هذه الإعاقة (يحيى وعبيد، 2005).

ب- تصنيف ستراوس (Strauss)

يقسم ستراوس ذوي الإعاقة العقلية إلى فئتين هما:

1- النمط الداخلي (Endogenous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الوراثية ويلاحظ فيها نقص ذكاء أحد الوالدين أو كليهما أو أحد الأخوة أو بعضهم، ولا يتضح في هذه الحالات أي سبب عضوي أو تكويني.

2- النمط الخارجي (Exognous Typology): وتشمل هذه الفئة حالات الإعاقة العقلية الناتجة عن عوامل خارجية قد تحدث قبل أو أثناء أو بعد الولادة، فقد تكون الإعاقة

ناتجة عن إصابة أحدثت تلفاً في الدماغ قبل أو أثناء الولادة، وتتصف هذه الحالات باضطراب التفكير وعدم الاتزان الانفعالي، كما قد يصاحبها ظهور العيوب في الجهازين الحركي والعصبي للمصاب.

ثانياً: التصنيف على أساس الأنماط الإكلينيكية (Classification Clinical)

يمكن اعتبار هذا التصنيف نوعاً آخر من أنواع التصنيف المعتمدة على مصدر العلة، إلا أن ما يميز هذه الفئات أو الأنماط هو ما تتصف به من تجانس، في مظهرها الجسمي الخارجي من خصائص يطلق عليها الأنماط الإكلينيكية. ويعتمد هذا التصنيف على وجود بعض الخصائص الجسمية والتشريحية والفسيولوجية المميزة لكل فئة، بالإضافة إلى وجود الضعف العقلي.

ويصعب حصر هذه الأنماط جميعها، ولعل أهمها وأكبرها شيوعاً ما يلي: (Kirk, 1983,P:163)

تركز هذه الطريقة في تصنيف المعاقين على الخصائص الجسمية والمظهر الخارجي للمعاقين وبحسب هذا الأسلوب في التصنيف يمكننا تقسيم المعاقين عقلياً إلى:

أ- فئة المنغوليين.(Mongolism)

ب- فئة كبار الجمجمة .(Macrocephally)

ج- فئة المصابين بحالات .(Phenylketonuria) PKU

إن التصنيف بحسب هذه الطريقة لا يفيد كثيراً في مجال التربية الخاصة والتأهيل ولذلك لا يؤخذ به كثيراً في البرامج التربوية الحديثة. (Kirk, 1983,P: 180).

ثالثاً: التصنيف على أساس الذكاء أو التصنيف التربوي

ينظر علماء النفس إلى القدرة العقلية " الذكاء " على أنها قدرة تتوزع بين الناس توزيعاً سوياً، يمثله منحنى التوزيع السوي للصفات البشرية والمعروف بمنحنى جوس (Goss)، وعلى هذا الأساس يقسّم علماء النفس الذكاء إلى فئات، على أساس الانحراف المعياري عن المتوسط الحسابي لنسبة أفراد المجتمع. ويتفق معظم علماء النفس ومن بينهم وكسلر، على أن الإعاقة العقلية تبدأ عند نسبة ذكاء (70) درجة، والتي تقل عن المتوسط بدرجتين معياريتين.

وهنا تقسم الإعاقة العقلية إلى فئات حسب معيار نسب الذكاء المقاسة باستخدام

مقاييس القدرة العقلية " الذكاء " كمقياس ستانفورد - بينية، أو مقياس وكسلر للذكاء، وعلى ضوء ذلك تصنف الإعاقة العقلية إلى الفئات التالية:

1- الإعاقة العقلية البسيطة أو الخفيفة (Mild Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين 55-70، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتعلم (Educable Mentally Retarded)ويرمز له (EMR)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية عادية وبقدرتها على التعلم حتى مستوى الصف الثالث من التعليم الأساسي أو يزيد، وهذا بالإضافة إلى مستوى متوسط من المهارات المهنية.

2- الإعاقة العقلية المتوسطة (Moderate Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة بين 40-55 كما يطلق على هذه الفئة مصطلح القابلون للتدريب (Mentally Retarded Trainable)ويرمز له (TMR)وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية قريبة من مظاهر النمو العادي، ولكن يصاحبها أحياناً مشكلات في المشي أو الوقوف، كما تتميز بقدرتها على القيام بالمهارات المهنية البسيطة.

3- الإعاقة العقلية الشديدة (Severe Retardation)

وتتراوح نسب الذكاء لهذه الفئة ما بين ٢٥-٤٠ درجة، كما يطلق على هذه الفئة مصطلح الإعاقة العقلية الشديدة (Severly Mentally Retarded)ويرمز له (SMR)، وتتميز هذه الفئة بخصائص جسمية وحركية مضطربة، مقارنة مع الأفراد العاديين الذين يماثلونهم في العمر الزمني، كما تتميز هذه الفئة باضطرابات في مظاهر النمو اللغوي.

4- الإعاقة العقلية العميقة (Profoundlt Mentally Retarded)

وتقل نسبة الذكاء في هذه الفئة عن 25 درجة ويرمز له (PMR)، كما يعاني أفرادها من ضعف رئيسي في النمو الجسمي وفي قدراتهم الحسية والحركية، وغالباً ما يحتاجون إلى رعاية وإشراف دائمين سواء في المنزل أو في المؤسسة الخاصة برعايتهم. (Hallahan &Kauffman, 1991).

رابعاً: تصنيف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية(AAMD Classification System)

يعتبر تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي من أكثر التصنيفات قبولاً بين المختصين في هذا المجال، نظراً لأن المسميات التي يتضمنها لا تحمل درجة عالية من السلبية كما في التصنيفات السابقة، خاصة التصنيفات القديمة التي تستخدم مسميات كالغبي والأبله والمعتوه.

يتضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي الفئات التالية: التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، والشديد جداً. يمثل الجدول (1-2) هذه الفئات ودرجات الذكاء المقابلة لها وفق آخر تعديل أجرته الجمعية عام 1983م.

جدول رقم (1-2)

فئات التخلف العقلي ومعاملات الذكاء المقابلة لكل فئة وفق تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي

الفئة	معامل الذكاء وفق تعديل 1983	معاملات الذكاء المعتمدة قبل التعديل
التخلف العقلي البسيط	من 50-55 إلى حدود 70	70-55
التخلف العقلي المتوسط	من 35-40 إلى حدود 50-55	54-40
التخلف العقلي الشديد	من 20-25 إلى حدود 35-40	39-25
التخلف العقلي الشديد جدا	دون 20	دون 25

(Grossman, 1983,P. 13)

يلاحظ من الجدول (1-2) أن الحدود الفاصلة بين كل فئة وأخرى ليست معامل ذكاء واحدة بل فئة مداها (5) درجات. وقد يتساءل القارئ كيف لنا مثلاً أن نصنف من يحصل على درجة ذكاء (25) إذ يمكن أن يقع في كلا الفئتين البسيط والمتوسط، ويكمن الجواب في تصنيف المعاق في فئة ما لا يأخذ بالاعتبار درجة ذكائه فقط بل أيضاً درجة سلوكه التكيفي. كما أن الفاحص يجب أن يأخذ بالاعتبار أيضاً سلوك المفحوص في موقف الاختبار وغير ذلك من ملاحظات يرى الفاحص من الأهمية اعتبارها. (Grossman, 1983).

خصائص المعاقين عقلياً

الخصائص العامة

هنالك صعوبة كبيرة للتوصل إلى تعميم يتصف بالدقة فيما يتعلق بالصفات والخصائص المميزة للمعوقين عقلياً. فكما أشرنا فإن هنالك مستويات مختلفة من درجة الإعاقة تتباين فيما بينها بشكل واضح. وحتى ضمن المستوى الواحد، نجد فروقاً واضحة بين الأفراد المعوقين. بل إنه من المتوقع أن درجة التباين بين الأفراد المعوقين عقلياً أكبر منها بين العاديين.

وحيث إن معرفة الخصائص العقلية والانفعالية ومظاهر النمو المختلفة أساسية للتوصل إلى مؤشرات عامة تسهم في رسم الخطوط العريضة للبرنامج التعليمي، سنحاول إبراز أهم الخصائص وأكثرها عمومية في كل جانب من جوانب النمو، منوهين إلى أن هذه الخصائص مشتركة في طبيعتها بين الغالبية العظمى من المعوقين عقلياً ولكنها تختلف في درجتها بين معوق وآخر تبعاً لعوامل متعددة، أبرزها درجة الإعاقة، والمرحلة العمرية، ونوعية الرعاية التي يلقاها المعوق سواء في الأسرة أو من برامج التربية الخاصة. سنحاول قدر الإمكان عند الحديث عن كل خاصية التفريق بين المستويات المختلفة من الإعاقة على تلك الخاصية. (القريوتي وآخرون،1995).

الخصائص الجسمية والحركية

يميل معدل النمو الجسمي والحركي للمعوقين عقلياً إلى الانخفاض بشكل عام. وتزداد درجة الانخفاض بازدياد شدة الإعاقة. فالمعوقين أصغر في حجومهم وأطوالهم من أقرانهم غير المعاقين. وفي معظم حالات الإعاقة المتوسطة والشديدة، يبدو ذلك واضحاً على مظهرهم الخارجي. وتصاحب درجات الإعاقة الشديدة في غالب الأحيان تشوهات جسمية خاصة في الرأس والوجه، وفي أحيان كثيرة في الأطراف العليا والسفلى.

كما أن الحالة الصحية العامة للمعوقين عقلياً تتسم بالضعف العام مما يجعلهم يشعرون بسرعة الإجهاد والتعب. وحيث إن قدرتهم على الاعتناء بأنفسهم أقل وتعرضهم للمرض أكثر احتمالاً من العاديين، فإن متوسط أعمارهم أدنى. ولكن التقدم في الخدمات المقدمة لهم في الوقت الحاضر زاد من متوسط أعمارهم.

وفيما يتعلق بالجوانب الحركية فهي الأخرى تعاني بطئاً في النمو تبعاً لدرجة الإعاقة. ونجد في الغالب أن المعوقين عقلياً يتأخرون في إتقان مهارة المشي ويواجهون صعوبات في الاتزان الحركي والتحكم في الجهاز العضلي خاصة فيما يتعلق بالمهارات التي تتطلب استخدام العضلات الصغيرة، كعضلات اليد والأصابع والتي يشار إليها عادة بالمهارات الحركية الدقيقة. وتبقى هذه المشكلات الحركية تواجه المعوقين عقلياً رغم تجاوزهم مرحلة الطفولة. فعلى سبيل المثال لو راقبت طفلاً معوقاً عقلياً بدرجة متوسطة وهو يسير من مكان لآخر لوجدت أن خطواته بطيئة وغير منتظمة وحركته العامة تفتقر إلى التناسق. كما أنه يصعب عليه أن يسير في خط مستقيم، حيث إن التآزر البصري الحركي لديه ضعيف حتى في الحركة الكبيرة. وتبدو المشكلة أوضح لو راقبته وهو يحاول إلتقاط كرة أو إدخال شيء في فتحة ما.

أما بالنسبة للمعوقين عقلياً بدرجة شديدة فإن نسبة كبيرة منهم يعانون من مشكلات حسية وحركية مصاحبة للإعاقة العقلية.

الخصائص المعرفية

- الانتباه (Attention)

يعاني المعوقون عقلياً من ضعف القدرة على الانتباه، والقابلية العالية للتشتت. وهذا يفسر عدم مثابرتهم أو مواصلتهم الأداء في الموقف التعليمي إذا استغرق الموقف فترة زمنية متوسطة، أو مناسبة للعاديين. كما أن الضعف في الانتباه وضعف الذاكرة هما من الأسباب الرئيسية لضعف التعلم العارض (أي التعلم من الخبرة وبشكل غير مقصود) عند المعوقين عقلياً. وتزداد درجة ضعف الانتباه بازدياد درجة الإعاقة (يحيى وعبيد، 2005، ص: 141).

- التذكر (Memory)

يواجه المعوقون عقلياً صعوبات في التذكر مقارنة بأقرانهم غير المعوقين، خاصة الذاكرة قريبة المدى (أي تذكر الأحداث أو المثيرات التي تعرض لها الفرد قبل فترة زمنية وجيزة). يمكن القول إن الانتباه عملية ضرورية للتذكر. ولذا فإنه يترتب على ضعف الانتباه ضعف في الذاكرة. ويضيف هالهان وكوفمان إلى ذلك الضعف في استراتيجيات التعلم عند المعوقين عقلياً، خاصة فيما يتعلق بالتجميع وفق الخصائص المتشابهة واستخدام العوامل الوسيطة أو إعادة التنظيم .(Hallahan &Kauffman,1991)

ولقد أشار "صادق " إلى أن هيبر (Heber)وزملائه قاموا بسلسلة من الأبحاث، للكشف عن العوامل التي تؤثر في عملية التذكر لدى المعاقين عقلياً ومقارنتهم مع العاديين، واستخلص "هيبر" من هذه الأبحاث ما يلي: (صادق، 1982).

1- إن المعاقين عقلياً يقعون أقل من العاديين في التذكر المباشر، وان الحال ليست في التذكر غير المباشر.

2- إن الفرق يتلاشى بين المجموعتين في التذكر غير المباشر إذا قيس بالنسبة للمادة الأصلية في الموقف التعليمي.

3- إن التكرار بعد تمام التعلم (Learning -Osser)يفيد المعاقين عقلياً بوجه عام، ولكنه يشتت انتباه الأطفال العاديين مما يؤثر على ما تعلموه بالفعل.

4- تؤثر صعوبة المادة وطولها على نتائج التعلم بصورة واضحة.

5- يكون للتعزيز أثره الإيجابي في نتائج التعلم.

- التمييز (Discrimination)

لما كانت عملية الانتباه والتصنيف والتذكر لدى المعوقين عقلياً تواجه قصوراً، فإن عملية التمييز بدورها ستكون دون المستوى مقارنة بالعاديين، هذا وتختلف درجة الصعوبة في القدرة على التمييز تبعاً لدرجة الإعاقة وعوامل أخرى متعددة وتكون صعوبات التمييز واضحة بين الأشكال والألوان والأحجام والأوزان والروائح والمذاقات المختلفة.

- التخيل (Imagination)

يلاحظ أن المعوقين عقلياً بشكل عام ذوي خيال محدود، حيث أن عملية التخيل تتطلب درجة عالية من القدرة على إستدعاء الصور الذهنية وترتيبها في سياق منطقي ذي معنى، وأسوة بالعمليات العقلية الأخرى فإن القصور في القدرة على التخيل تزداد بازدياد درجة الإعاقة.

- الإدراك والتفكير

أشارت الأبحاث المعتمدة في مجال الإدراك عند المعاقين عقلياً أن لديهم قصوراً في عمليات الإدراك، ثم أثبتت هذه الأبحاث أن المعاقين عقلياً لا يستطيعون فهم الأفكار المجردة، كما أنهم لا يستطيعون التعبير عن الأسس العامة، وإن من خصائص تفكيرهم أنه يدور حول "هنا" و "الآن"، وهناك أيضاً دلائل تشير إلى أنهم يفشلون في إظهار التفكير الإبتكاري أو الإبداعي الذي يتناسب مع عمرهم العقلي.

وبالرغم من أن كثيراً من الدراسات والأبحاث قد كشفت عن فروق في الأداء بين المعاقين عقلياً والعاديين من الأطفال في مجال الإدراك، إلا أنه يصعب الوصول إلى استنتاجات قاطعة في هذا الشأن. (Justen, 1982,P: 50).

الخصائص اللغوية

يعاني المعوقون عقلياً من بطء في النمو اللغوي بشكل عام، ويمكن ملاحظة ذلك في مراحل الطفولة المبكرة. فالطفل المعاق عقلياً يتأخر في النطق واكتساب اللغة. كما أن صعوبات الكلام تشيع بين المعوقين عقلياً بدرجة أكبر. ومن الصعوبات الأكثر شيوعاً التأتأة والأخطاء في اللفظ وعدم ملاءمة نغمة الصوت.

ومن أهم المشكلات اللغوية التي تواجه المعوقين عقلياً ما يتعلق بفصاحة اللغة وجودة المفردات. ويلاحظ أن المفردات التي يستخدمونها مفردات بسيطة ولا تتناسب مع العمر الزمني. وكثيراً ما يستخدم المختصون في وصف لغة المعوقين عقلياً "اللغة الطفولية"، للإشارة إلى جمود النمو اللغوي عند المعوقين عقلياً.

ويشير ميلر (Miller, 1981) إلى أن درجة شيوع وشدة الصعوبات اللغوية عند الأطفال المعوقين عقلياً ترتبط بدرجة عالية بدرجة الإعاقة العقلية. فالمعوقون عقلياً بدرجة بسيطة يتأخرون في النطق ولكنهم يطورون قدرة على الكلام. أما المعوقون عقلياً بدرجة متوسطة، ففي الغالب، يواجهون صعوبات مختلفة في الكلام وتتصف لغتهم بالنمطية. أما بالنسبة لشديدي الإعاقة فيلاحظ أن نسبة كبيرة منهم عاجزة عن النطق حيث إن نموهم اللغوي لا يتعدى مرحلة إصدار أصوات لا تكون مفهومة في الغالب. (القريوتي وآخرون، 1995).

الخصائص الشخصية والاجتماعية

تتأثر الخصائص الشخصية والاجتماعية للأطفال المعوقين عقلياً بعوامل متعددة أسوة بتلك العوامل التي تؤثر في نمو شخصية الطفل العادي. ولكن الطفل المعاق يعاني من خصائص وميزات سلبية ذات تأثير حاسم على نمو شخصيته وسلوكه الاجتماعي. فانخفاض مستوى قدرته العقلية وقصور سلوكه التكيفي يضعه في موقف ضعيف بالنسبة لأقرانه من الأطفال ويطور لديه إحساساً بالدونية. ومما يضاعف من هذا الإحساس انخفاض التوقعات الاجتماعية منه، حيث إن الآخرين في معظم الأحيان يعاملونه على أنه إنسان مختلف ولا يتوقعون منه الكثير. وللأسف فإن ملاحظاتنا العامة تدعونا للاعتقاد بأن توقعات الآخرين المحيطين بالطفل المعوق عقلياً، تنخفض بشكل واضح عن المستوى الحقيقي لإمكانات الطفل وقدراته. ويجب ألا نغفل أن الطفل المعوق عقلياً أكثر عرضه لخبرات الفشل من الطفل العادي، بحكم انخفاض مستوى قدراته. ثم إن تراكم خبرات الفشل وتكرارها يقود هو الآخر إلى تأكيد انخفاض تقييم الطفل لذاته، ويعزز مفهومه السلبي عن نفسه. لذلك نجد أن المعوقين عقلياً يتوقعون في معظم الأحيان فشلهم في أداء المهمات المطلوب أداؤها دون أن يجربوا أداءها. وعندما يحاول الطفل المعاق أداء مهمة ما فإنه يستسلم أمام الصعوبات الأولى التي تواجهه ولا يحاول تجريب طرق أخرى.

إن الملاحظات السابقة تدعو للاستنتاج بأن مستوى الدافعية عند المعوقين عقلياً منخفض. ويمكن للأسرة أو المربين ملاحظة ذلك بوضوح عندما يطلب من الطفل أداء أو

تعلم مهمة غير مألوفة له من قبل. ويؤكد كل من زجلر وبالا (Zigler &Balla, 1982)، بأن انخفاض مستوى الأداء المعرفي للمعوقين عقلياً ليس نتيجة لانخفاض مستوى القدرة العقلية فقط، إنما تسهم في ذلك عوامل أخرى أهمها انخفاض مستوى الدافعية وتوقع الفشل.

أما فيما يتعلق بالخصائص النفسية الاجتماعية، فإن الأطفال المعوقين عقلياً يميلون إلى اللعب والمشاركة في المجموعات العمرية التي تصغرهم سناً. ومثل هذا السلوك متوقع نظراً لشعور الأطفال المعوقين بعدم قدرتهم على التنافس مع أقرانهم غير المعوقين. (القريوتي وآخرون، 1995).

قياس وتشخيص الإعاقة العقلية

يعتبر التشخيص عنصر أساسي في عملية تعليم الأطفال المعوقين ومن الصعب إهماله برغم تعدد أساليب التشخيص وأدواته والتي لا يتفق عليها جميع العاملين في المجال، فلكل فلسفته في أسلوب التشخيص وهذا لا ينفي أن الغالبية متفّقة على أن عملية تشخيص المعاق تحتاج إلى تشخيص من النواحي التالية:

1- النفسية.

2- الاجتماعية.

3- الطبية.

4- التربوية.

لقد وضع ثورندايك وهاجان (Thorndike &Hagan)ثلاث خطوات أساسية لأي عملية قياس أو تشخيص، وهي:

أ- وصف أو تحديد السلوك أو الخصائص التي ينبغي قياسها.

ب- وضع الخصائص المراد قياسها في قالب يمكن ملاحظته.

ج- تطوير نظام عددي لتلخيص ما يمكن ملاحظته.

وقد أضاف ديفز (Davis) نقطة رابعة إلى النقاط الثلاث آنفة الذكر وهي التأكيد على أن أسلوب القياس المراد اتباعه يتناسب والواقع العلمي.

أهداف التشخيص:

لقد حدد زوبن (Zubin)أهداف عملية التشخيص في النقاط التالية:

1- معرفة مواطن القوة والضعف في شخصية الفرد موضوع القياس.

2- اختيار العلاج (البرنامج التربوي) المناسب.

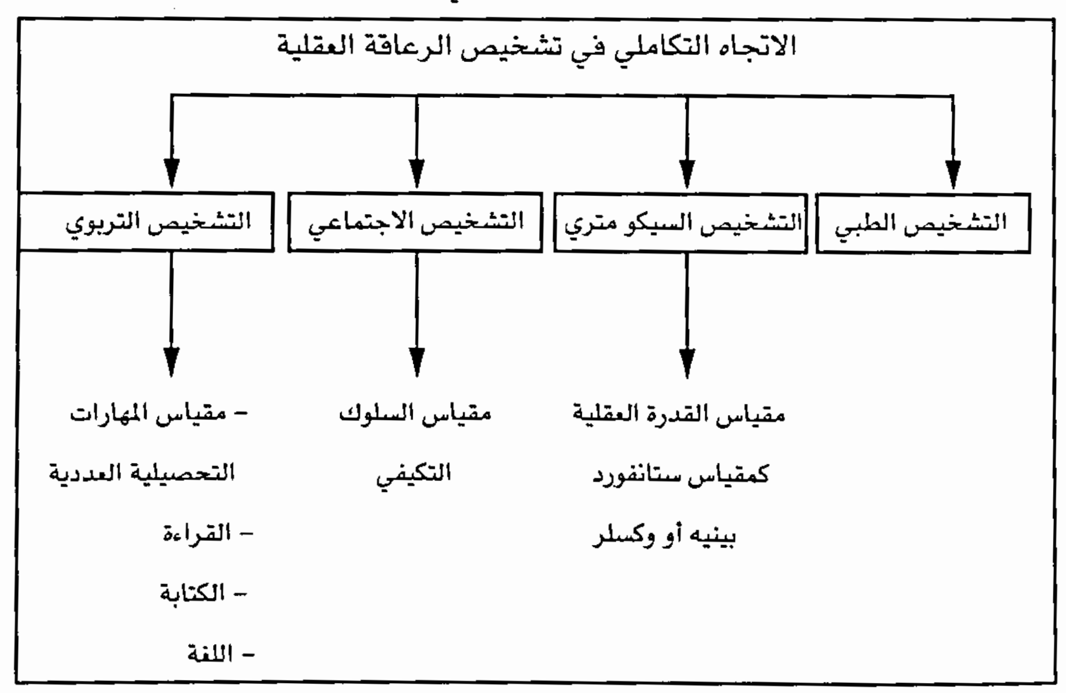
أي أن عملية التشخيص تفيدنا في تحديد:

أ- ما هو السلوك المطلوب تعديله عند الفرد.

ب- ما هي الطريقة أو الأسلوب الأكثر فاعلية في تعليم المعاق وتدريبه. (سالم، 1994، ص: 157-159).

الأبعاد الأساسية في تشخيص المعوقين عقلياً

كما ذكرنا سابقاً أن عملية تشخيص الأفراد المعوقين عقلياً هي عملية تنطوي على الخصائص الطبية والعقلية والاجتماعية التربوية، لذلك فإن أي عملية تشخيص صحيحة يجب أن تحتوي على التعرف على هذه الأبعاد. وهذا ما أطلق عليه في أوساط التربية الخاصة بالإتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية، إذ يجمع ذلك الإتجاه بين الخصائص المختلفة الآنفة الذكر، ويمثل الشكل التالي ذلك (الروسان، 2001):-



وفيما يلي شرح موجز للإتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية:

1- **التشخيص الطبي** (Medical Diagnosis)

يتضمن التشخيص الطبي والذي يقوم به عادة أخصائي في طب الأطفال، تقريراً عن عدد من الجوانب منها: تاريخ الحالة الوراثي، وأسباب الحالة، وظروف الحمل، ومظاهر النمو الجسمي للحالة واضطراباتها، والفحوص المخبرية اللازمة.

2- **التشخيص السيكومتري** (Psychometric Diagnosis)

يقوم بهذا العمل أخصائي في علم النفس، ويتضمن تقريراً عن القدرة العقلية للمفحوص، وذلك باستخدام إحدى مقاييس القدرة العقلية (I.Q.Test)، من مثل مقياس ستانفورد بينيه أو مقياس وكسلر أو مقياس الذكاء المصور. وفي كثير من البلدان العربية مثل مصر والأردن والكويت وغيرها، جرى تطوير وتقنين عدد من هذه المقاييس. وقد يكون أكثر تلك المقاييس صلاحية في تشخيص القدرة العقلية للمفحوص مقاييس ستانفورد بينيه إذا لم يعاني المفحوص من اضطرابات لغوية، وألا فيعتبر مقياس وكسلر لذكاء الأطفال، خاصة الجانب الأدائي منه، أكثر مناسبة من غيره. ويهدف استخدام أي من هذه المقاييس إلى تقديم معلومات عن القدرة العقلية للمفحوص يعبر عنها بنسبة الذكاء.

3- **التشخيص الاجتماعي** (Social Diagnosis)

يتضمن التشخيص الاجتماعي، والذي يقوم به عادة أخصائي في التربية الخاصة، تقريراً عن درجة السلوك التكيفي، ويعتبر هذا المقياس أكثر المقاييس صلاحية في تشخيص السلوك التكيفي للمعاق عقلياً، بسبب تقنينه على البيئة العربية.

4- **التشخيص التربوي** (Educational Diagnosis)

ويتضمن التشخيص التربوي، والذي يقوم به عادة أخصائي التربية الخاصة، تقريراً عن المهارات الأكاديمية للمفحوص وذلك بإستخدام إحدى مقاييس المهارات الأكاديمية، كمقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقلياً ومقياس المهارات العددية، ومقياس التهيئة المهنية للمعوقين عقلياً، ومقياس مهارات الكتابة، ومقياس مهارات القراءة.

مشكلات قياس وتشخيص الإعاقة العقلية:

هنالك العديد من المشكلات التي تواجه عملية قياس وتشخيص الإعاقة العقلية يمكن تلخيصها بالنقاط الآتية:

1- إن معظم المقاييس المستخدمة لقياس الإعاقة العقلية لم تبني أصلاً لهم وإنما هي مستعارة للإستخدام للمعوقين عقلياً.

2- هنالك بعض الشكوك بمدى صدق وثبات المقاييس المستخدمة في عملية تشخيص حالات الإعاقة العقلية. (Macmillan, 1982, P: 207).

3- عدم الشمولية في التشخيص، فمعظمها مقاييس للذكاء ولا تشخص جوانب الشخصية الأخرى عند المعاق.

4- الإختبارات المستعملة تعطي نتيجة واحدة أي تفيدنا بأن المفحوص متخلف عقلي بدرجة ما، ولكنها لا تحدد مواطن الضعف والقوة عند الطفل، ولا تعطينا فكرة عن ما يعرفه الطفل أو يتقنه وماذا لا يعرف الطفل أو لا يتقن من مهارات.

5- حركة قياس وتشخيص المعاقين ما زالت حركة حديثة ما زالت تحتاج إلى مزيد من الإختبارات التي يجب أن تطور في هذا الجانب. وكذلك ما زلنا بحاجة إلى دراسات وبحوث في هذا المجال أيضاً.

6- اللغة: تعتمد الإختبارات المستعملة في كثير من الأحيان على اللغة ولما كان البعض من المعاقين عقلياً لا يمكنه التعبير عن طريق اللغة فإن قياسه وتشخيصه تصبح عملية صعبة.

7- الهدف من التشخيص: حيث أنه إذا لم نحدد بعد ما هو الهدف من التشخيص أي هل نريد أن نعطي الصفة ونقول هذا متخلف عقلياً أم نريد أن نعرف قدراته ومستوياته العقلية حتى نرسم له البرنامج المناسب؟.

8- بالنسبة لعملية تشخيص المعوقين عقلياً فنحن نحتاج إلى بناء مقاييس وإختبارات أو أدوات تشخيص محلية أيضاً ولا نكتفي فقط بترجمة وتقنين إختبارات أجنبية، صحيح أن تقنين الإختبارات الأجنبية تفيدنا في هذا الظرف لأننا نريد أدوات مستعجلة ولكن أيضاً مع هذه الحركة يجب أن نقوم ببناء وتطوير أدوات التشخيص المناسبة لبيئتنا.

9- تفسير النتائج: إن عملية التشخيص تكون ممكنة أحياناً ولكن المهم أيضاً هو كيف نفهمها ونفسرها، فليس من السهل على أي فرد أن يقوم بذلك.

10- تقديم المعلومات للأهل بصدق وموضوعية حيث يجب أن تقدم النتائج إلى الأهل بصدق وموضوعية دائماً ولكن بالأسلوب المناسب وأن نتذكر دائماً بأننا نتعامل مع أهل

الطفل وهم بشوق لسماع النتائج الإيجابية عن طفلهم، ولكن المهم أن لا يكون الأسلوب على حساب الموضوعية والصدق.

11- تواجهنا حالات متعددة الإعاقة (عقلياً وجسمياً مثلاً أو عقلياً وسمعياً) لذا، فإن الإختبارات يجب أن تعدل وقبل أن تطبق على الطفل حتى نحصل على نتائج صادقة وثابتة.

12- الدافعية: في كثير من الأحيان قد تنخفض درجة ذكاء المعاق على اختبار نتيجة لعدم وجود دافعية لديه للقيام بالمطلوب على الاختبار، لذلك، يجب أن نراعي الدافعية.

13- التشتت والانتباه: من المعروف أن المعاق سهل التشتت وقدرته على التركيز والانتباه ضعيفة. لذا، يجب مراعاة ذلك.

14- صعوبة الفهم: لا يفهم المعوق المطلوب منه إذا لم يوضّح بصيغة بسيطة ومناسبة لفهمه واستيعابه. (سالم، 1994، ص: 162).

البرامج التعليمية للمعوقين عقلياً

تقدم المدارس والمؤسسات القائمة على تربية وتعليم الأطفال المعاقين عقلياً، برامج تربوية مختلفة في مستواها وفي طبيعتها من مرحلة دراسية إلى أخرى، وذلك حسب عمر الطفل ودرجة نموه الأكاديمي. هذا وتوجد خمسة مستويات رئيسية من البرامج التعليمية الخاصة بالمعاقين عقلياً هي:

أ) برامج ما قبل المدرسة من (3-6) سنوات.

ب) برامج المرحلة الابتدائية من (6-10) سنوات.

ج) برامج المرحلة المتوسطة من (10-13) سنة.

د) برامج المرحلة الثانوية من (13-20) سنة.

هـ) برامج ما بعد المدرسة بعد (20) سنة.

أ- برامج ما قبل المدرسة:

تتراوح أعمار الأطفال في برامج ما قبل المدرسة فيما بين (3-6) سنوات زمنية. وتعتبر البرامج الخاصة بالأطفال القابلين للتعلم في هذه المرحلة قليلة جداً، إذا ما قورنت ببرامج الأطفال العاديين، وذلك بسبب الصعوبة في التعرف على الأطفال المعاقين إعاقة بسيطة في مرحلة مبكرة من العمر.

وتركز البرامج التعليمية في هذه المرحلة على تنمية مهارات الاستعداد اللازمة للمدرسة الابتدائية، ففصول الروضة للأطفال العاديين تركز أيضاً على هذه المهارات، ويحتاج التدريب عليها سنة واحدة في حين يحتاج الأطفال القابلين للتعلم إلى فترة سنتين أو ثلاث سنوات لتعلم هذه المهارة، ويذكر كوفمان (Kauffman) أن التدريب في برامج ما قبل المدرسة يشمل مجموعة من المهارات أهمها:-

1- الجلوس بهدوء والانتباه للمعلم.

2- تمييز المثيرات السمعية والبصرية.

3- إتباع التعليمات.

4- التناسق في الحركات الدقيقة والكبيرة (مسك القلم، استخدام المقص).

5- تنمية اللغة.

6- تنمية مهارات العناية بالذات (ربط الحذاء، التزرير، استخدام الحمام).

7- التفاعل مع الأقران ضمن مجموعات.

وتجدر الإشارة إلى أن مرحلة ما قبل المدرسة تعتبر مرحلة مناسبة لاشتراك الأهل في تربية أطفالهم، كما أن الأمهات يستطعن أن يكن مدرسات ناجحات لأطفالهن في هذه المرحلة، خاصة أمهات الأطفال الذين يعانون من إعاقة أو صعوبة معينة.

ب- برامج المرحلة الابتدائية:

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة الابتدائية فيما بين (6-10) سنوات زمنية، ويلتحق معظم الأطفال القابلين للتعلم في الصف الأول الابتدائي في سن السادسة، إلا أنه يفشلون في تعلم متطلبات هذا الصف، وذلك بسبب انخفاض قدراتهم العقلية في هذه المرحلة فيما بين (4-6) سنوات، وعلى الرغم من أنهم يستطيعون الوصول إلى المستوى الذي يمكنهم من دراسة المناهج في مستوى المرحلة الابتدائية، إلا أنهم يستطيعون تنمية الثقة بالنفس، وتطوير عدد من المفردات والعادات الصحية السليمة، ويستطيعون المحافظة على سلامتهم الشخصية أثناء أداء العمل أو اللعب، كما يستطيعون تنمية استعداداتهم المختلفة في مستوى أطفال مرحلة الروضة من العاديين. بشكل عام فإن برامج هذه المرحلة تعتبر استمرار لبرامج مرحلة ما قبل المدرسة، للتدريب على تنمية المهارات الأساسية (مهارات التواصل، العمليات الإدراكية، الاعتماد على النفس، والمهارات الاجتماعية) (Kauffman, 1981,P: 305).

ج- برامج المرحلة المتوسطة:

تتراوح أعمار الأطفال في المرحلة المتوسطة فيما بين (10-13) سنة زمنية، في حين تتراوح أعمارهم العقلية ما بين (6-8) سنوات. ونجد أن كثيراً من هؤلاء الأطفال يصلون إلى مستوى الصف الثالث أو الرابع بسبب نظام النقل التلقائي، إلا أنهم يفشلون بعد ذلك في النجاح الأكاديمي والانتقال من الصفوف العليا، مما يستلزم وضعهم في فصول أو مدارس خاصة.

وتركز برامج المرحلة المتوسطة على النشاطات والجوانب الأكاديمية، مثل مهارات القراءة والكتابة والحساب، وتنمية العمليات العقلية كالتمييز والتعميم وإدراك العلاقات والتفكير المفاهيمي.

هذا ويلخص الريحاني (1985) الأهداف الأساسية لتعليم القابلين في هذه المرحلة بما يلي:-

1- تنمية المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة، والتهجئة، والحساب، مع الأخذ بالاعتبار أن الطفل لا يحتاج إلى هذه المهارات إلا بالقدر الذي يساعده في حياته المهنية والاجتماعية.

2- التكيف مع البيئة المادية عن طريق التعرف على طرق المواصلات وجغرافية المنطقة المحيطة به، ومراكز الخدمات المختلفة التي يحتاجها كالمحلات التجارية، وأقسام الشرطة، والمصانع، والحدائق العامة، والأندية، ويتم تحقيق ذلك عن طريق الرحلات أو الزيارات الميدانية.

3- التكيف مع البيئة الاجتماعية، وذلك بتنمية قدرته على المشاركة والتعاون وتحمل المسؤولية واتباع العادات والتقاليد الاجتماعية.

4- التكيف مع البيئة الشخصية، وذلك بتنمية العادات الصحية السليمة والمحافظة على النظافة وتجنب مصادر الخطر سواء في التنقل أو في العمل، بالإضافة إلى تنمية الشعور بالنجاح والأهمية واحترام الذات وتقديرها والشعور بالأمن الاطمئنان، وهي جميعها مظاهر للصحة النفسية. (الريحاني، 1985، ص: 288).

د- برامج المرحلة الثانوية:

في المرحلة الثانوية يكون المعاق عقلياً قد تراوح عمره الزمني فيما بين (13-20)سنة،

وتمثل هذه المرحلة نهاية التعليم المدرسي الرسمي وتهدف إلى استكمال إعداد الفرد المعوق ليكون عضواً نافعاً في مجتمعه محققاً درجة ملائمة من الاستقلالية والتكيف. ولتحقيق ذلك فإن البرنامج التعليمي يركز بشكل خاص على تدريب الفرد على المهارات المهنية (التدريب المهني). ويتم تعزيز برنامج التدريب المهني من خلال التدريب على المهارات الاستقلالية والمهارات الاجتماعية الملائمة لجنس المعوق في هذه المرحلة العمرية. وتشمل المهارات المهنية:

- إتقان مهنة محددة تتوافق مع ميول وقدرات المعوق عقلياً.
- مهارات البحث عن وظيفة.
- التقدم بطلبات التوظيف والسلوك أثناء المقابلة.
- السلوك المهني المرغوب فيه ومهارات الحفاظ على الوظيفة.

أما في جانب المهارات الاستقلالية فيتم التدريب على:

- العناية بالذات والصحة العامة وتنظيف المنزل.
- اختيار الملابس المناسبة والمحافظة على جمال المظهر.
- إعداد وجبات الطعام الخفيفة.
- مهارات التسوق.
- ضبط الميزانية الشخصية والادخار.
- الاستفادة من التسهيلات والخدمات المختلفة في البيئة المحيطة.
- استثمار وقت الفراغ والنشاطات الترفيهية.
- تكوين الأسرة وإدارتها.

أما في مجال المهارات الاجتماعية فيتم التأكيد على المهارات التالية:

- مهارات التفاعل اللفظي.
- إقامة العلاقات والصداقات الاجتماعية.
- أداء الأدوار الاجتماعية المختلفة للفرد في مثل هذا السن.
- تعزيز مفهوم الهوية (معرفة المشاعر والميول والرغبات).

وأخيراً فإن برامج المرحلة الثانوية تؤكد على فهم الصحة النفسية الجسمية بما يتضمنه هذا الفهم من اتباع القواعد الصحية السليمة بالإضافة إلى تقبل الذات والشعور بالأمن والاطمئنان (سيسالم وآخرون، 1987، ص: 125).

هـ- برامج ما بعد المدرسة:

يفترض في الملتحقين ببرامج ما بعد المدرسة من المعاقين عقلياً القابلين للتعلم، أن يكونوا قد انتهوا من الدراسة الأكاديمية التي تتناسب مع قدراتهم، وتدربوا على مهارات الاستعداد المهني، وحصلوا على قدر كاف من المهارات الاجتماعية التي تؤهلهم للتفاعل المباشر مع الحياة العامة. ويتم تنفيذ برامج ما بعد المدرسة عادة في ورش محمية، تحت إشراف إدارة التأهيل المهني التابعة لوزارة العمل والشؤون الاجتماعية في معظم بلاد العالم، ويقدم خلالها برنامج تأهيلي، حيث تدريب الطالب على مهمة أو حرفة تتناسب مع قدراته وميوله. وبعد إتمام فترة التدريب بالنسبة للطالب على مهنة، يتم إلحاقه للعمل في مصنع أو مؤسسة، ثم تقوم الجهات المعنية بمتابعته للتعرف على الصعوبات أو المشاكل التي قد يوجهها، ومحاولة مساعدته في التغلب عليها، كما يتم دراسة مدى إجادته للمهارات التي يتطلبها العمل، ومدى تكيفه مع ظروف العمل ومع الزملاء والرؤساء.

ولقد ذكر سميث (1971) أن البرامج المهنية في مرحلة ما بعد المدرسة تتألف من خمسة أوجه هي:

الوجه الأول: الكشف المهني (Vocational Exploration)

وفيه يتم تعريف الطالب بمجموعة متعددة من المهن والمهارات التي تتطلبها كل مهنة، كي يصبح على ألفة بطبيعة كل مهنة.

الوجه الثاني: تقييم المهنة ((Vocational Evaluation

وهذا الوجه يتضمن تعريض الطالب لخبرات ومهارات عمل مختلفة وذلك بهدف التأكد من قدراته وميوله المهنية.

الوجه الثالث: التدريب المهني (Vocational Training)

ويهدف هذا إلى تطوير مهارات العمل في المجال الذي يفضله الطالب، وعادة ما يصل الطالب إلى مستوى نصف المهارة، حيث يتم التدريب تحت إشراف مدرب متخصص في مجال التربية الخاصة.

الوجه الرابع: التوظيف (Vocational Placement)

ويتعلق هذا الوجه بإيجاد عمل للطالب بعد تخرجه.

الوجه الخامس المتابعة (up Follow)

وتتعلق المتابعة بتقديم الإرشادات والتوجيهات للمتخرج أثناء أدائه العمل، كذلك العمل على مساعدته في حل المشاكل أو الصعوبات التي قد تواجهه أثناء العمل. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 73).

توجيهات عامة للمربين العاملين في مجال تعليم المعوقين عقلياً

لا بد للمربين العاملين مع المعوقين عقلياً أن يتذكروا دائماً أبرز الخصائص المميزة للمعوقين عقلياً، خاصة ذات الصلة المباشرة في القدرة على التعلم وتكييف المواد والأساليب التعليمية المقدمة لهم على ضوء تلك الخصائص. ولقد سبق وتمت الإشارة إلى أبرز الخصائص التعليمية للمعوقين عقلياً كضعف الذاكرة والانتباه، وبطء معدل التعلم، وانخفاض مستوى الدافعية، والتوقع العالي للفشل.

وفيما يلي مجموعة من التوجيهات العامة للمعلمين، تهدف إلى تسهيل عملية تعلم المعوقين عقلياً والوصول بهم إلى أقصى أداء ممكن.

1- التدرج في المهارات التعليمية والتقليل من خبرات الفشل:

يجب أن ينظم الموقف التعليمي بحيث يتيح أكبر فرصة ممكنة للنجاح، مساعدة المعوق عقلياً على التغلب على مشكلة توقع الفشل، الناجمة عن تراكم خبرات الإحباط. وينصح دائماً بالبدء في تعليم المهمات الأسهل، ومن ثم الانتقال إلى المهمات الأكثر صعوبة. وتتضمن المهمة الواحدة في العادة مهمات فرعية يتطلب أداؤها مهارات مختلفة، مما يجعل تعلم تلك المهمة عملية صعبة بالنسبة للمعوق عقلياً. لذا فعلى المربي أن يقوم بتجزئة مثل تلك المهمة إلى أجزائها الفرعية، وفق تسلسل أدائها، ومن ثم القيام بملاحظة أداء المعوق للمهمة قبل التدريب وتحديد الأجزاء التي لا يتقنها تمهيداً لتدريبه على أدائها تدريجياً. ويعرف هذا الأسلوب المستند إلى النظرية السلوكية في التعلم بأسلوب تحليل المهمة.

2- تقديم المساعدة في الأداء ومن ثم تخفيفها بشكل تدريجي:

على المربي أن يقدم للطفل المساعدة اللازمة للتوصل إلى الاستجابة الصحيحة حيثما برزت حاجة الطفل لذلك. وتختلف طبيعة المساعدة اللازمة من موقف لآخر، ففي بعض

الأحيان قد تكون الإشارات اللفظية كافية كإعطاء دليل أو مؤشر على الإجابة أو إعادة صياغة التعليمات أو وصف الخطوة الأولى في السلوك المطلوب أو الإيماءات المختلفة. وفي حالات أخرى يتطلب الموقف تقديم مساعدة جسدية في الأداء مثل مسك يد الطفل أثناء الكتابة أو إرتداء الملابس. ويتم تخفيف المساعدة بشكل تدريجي أثناء التعليم إلى أن يتم إتقان إرتداء الملابس بنجاح دون مساعدة أو بأقل درجة ممكنة منها.

3- التكرار:

للتغلب على مشكلة بطء التعلم وصعوبات الذاكرة على المعلم أن يقوم بتكرار التعليم لضمان إتقان الطفل للمعلومات أو المهارة التي هو بصدد تعليمها. وحتى لا يكون ذلك التكرار مملاً. على المعلم أن يراعي فترات ومواقف.

4- تحسين القدرة على الانتباه والتقليل من المشتتات:

للمساعدة في تحسين قدرة الفرد المعوق عقلياً على الانتباه أثناء الموقف التعليمي، يجب الإقلال قدر الإمكان من المثيرات المشتتة للانتباه.وإبراز العناصر الأساسية في المهمة التعليمية. وجعل فترة التدريب قصيرة بحيث لا تزيد عن(105-20) دقيقة. حتى لا يصاب الطفل بالإرهاق الذي يؤدي بدوره إلى زيادة قابلية الطفل للتشتت. (القريوتي وآخرون، 1995).

5- التعزيز للاستجابة الصحيحة:

تشير الدراسات المختلفة إلى أن التعزيز أو المكافأة على الإستجابة أو السلوك المرغوب فيه يؤدي إلى تعليم المعوقين القيام بتلك الإستجابات بشكل أسرع مقارنة مع غياب التعزيز ... وهذا يعني أنه من المفيد حين يقوم المعوق عقلياً بالفعل الصحيح أو السلوك الذي نرغب فيه أن نقدم له مكافأة على ذلك وهذه المكافأة قد تكون شيئاً مادياً، مثلاً حلوى، نقود أو قد تكون تعزيزاً معنوياً مثل المديح أو اجتماعياً كأن نسمح له أن يلعب مع الآخرين.

6- تعليم مفهوم واحد في المرة الواحدة:

من الصعب تعليم المعوقين عقلياً أكثر من مفهوم أو مهارة واحدة في الوقت الواحد، كذلك فإن المعوق عقلياً يصعب عليه الاستيعاب إذا أعطيت له تعليمات مختلفة في وقت واحد.

7- توفير الدافعية اللازمة للتعلم:

من المفيد خلق أو توفير الدافعية عند المعوق في عملية التعلم، والتي قد تتأثر بطبيعة

المواد المستعملة في التدريب أو التعلم ، ومدى قدرتها على التشويق، كذلك مدى ما يتعرض له الطفل من نجاح في عملية التعلم، كذلك، قصر فترة التعليم وأيضاً شخصية المعلم وطبيعة تعامله مع الطفل ومدى تقبله للطفل المعاق.

8- انتقال أثر التعليم الإيجابي:

عندما يتعلم أو يتدرب الطفل على مهارة معينة، فمن المفيد أن نوفر له المجال لنقل أو تطبيق هذا التعلم إلى مجال آخر، أي لتعميم المهارة التي تعلمها أو تدرب عليها في المجالات الأخرى المشابهة.

9- الثبات في السلوك (الروتين):

من المعروف أن المعوقين عقلياً يفضلون القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها وأتقنوها فهم لا يفضلون التغيير في المواقف اليومية أو الحياتية فهم ميالون إلى تكرار النمط السلوكي الذي يعتادون عليه .... فالعمل المتكرر (الروتين) الذي يزعج الأفراد غير المعوقين لا يؤدي إلى نفس درجة الإزعاج عند المعوقين ... فهذا يعني أن النمط السلوكي اليومي الذي يقومون به في المنزل أو العمل من الأفضل أن يوفر لهم بشكل ثابت بالقدر الممكن ... لأنه يسهل عليهم القيام بالمهمات التي اعتادوا عليها من دون الحاجة إلى تدريب جديد ... أي أن قدرتهم على نقل التعلم أو التدريب من موقف إلى آخر ليست بالسهولة أو المرونة التي يحققها غير المعوق.(Hallahan &Kauffman, 1991).

مـراجـع الفصل الثاني

المراجع العربية:-

- إبراهيم، علا عبد الباقي (1993). **التعرف على الإعاقة العقلية وعلاجها وإجراءات الوقاية منها**، ط1، دار غريب، القاهرة.

-الروسان، فاروق (2001)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)**، الطبعة الخامسة دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

- الريحاني، سليمان (1985)، **التخلف العقلي**، مطابع الدستور التجارية، عمان.

- سالم، ياسر (1994)، **رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان - الأردن.

- سيسالم، كمال وآخرون (1987)، **المعاقون أكاديمياً وسلوكياً**، دار عالم الكتب، الرياض.

- صادق، فاروق محمد (1982)، **التخلف العقلي**، دار عالم الكتاب، الرياض.

- الصمادي، جميل والناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله (2003)، **تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، الطبعة الأولى، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.

- عبد الرحيم، فتحي السيد (1988)، **سيكولوجية الأطفال غير العاديين**، دار القلم، الكويت.

- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995)، **مقدمة في التربية الخاصة**، دار القلم، دبي.

- يحيى، خولة أحمد، عبيد، ماجدة السيد (2005)، **الإعاقة العقلية**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

الأجنبية:-

-Greenspan, s. (1999),what is mean by mental retardation? **International Review of psychiatry**, feb, vol, 11,I.

-Grossman, H,J., (1983), **Manual On terminology, &Classification In Mentel Retardation**, NY: AAMD.

-Hallahan, D. Kauffman, J. (1991), **Exceptional Children: Introduction To Special Education**, Prentice- Hall, Inc, Englewood Cliffs, New Jersey, U.S.A.

-Heward, W. &Orlansky, M (1988), **Exceptional Children** (2nd. ed) colombus, Chrles E. Merill: ohio.

-Justen, E, et. al., (1982),**Greative Teaching of the Mentally handicapped**, NY: University Press.

-Kauffman, J (1981), **Hand book of Special education**, N.J: Englwood cliffs, New Jersey, U.S.A.

-Keigher, S.M., (2000), **Emergings Issues In mental Retardation: Self Determination Versus self Intrest**, Health &Social work, Aug, vol. 25,(3)

-Kirk, S., et. al (1983), **Educating Exceptional children**, Boston, Press: ohio.

-Macmillan, D., (1982), **Mental Retardation In School & Society**, (2nd. Ed) Little Brown &Company: Boston.

-Patton, R ,J., et. al (1986), **Mental Retardation**, Boston Press; ohio.



الفصل الثالث

الإعاقة السمعية

Hearing Impairment



الإعاقة السمعية

Hearing Impairment

أهمية حاسة السمع

إن حاسة السمع هي من أهم الحواس بالنسبة للإنسان، ويؤكد ذلك ورودها في المقام الأول في العديد من آيات القرآن الكريم حيث يقول الله سبحانه وتعالى في كتابه العزيز: (إن السمع والبصر والفؤاد كل أولئك كان عنه مسؤولاً) "صدق الله العظيم"، وفي آية أخرى من الكتاب الكريم يقول الله تعالى: (صمٌ بكمٌ عميٌ فهم لا يعقلون) صدق الله العظيم، حيث أن حاسة السمع هي التي تجعل الإنسان قادراً على تعلم اللغة وتمكنه من فهم بيئته والتفاعل معها؛ فالإنسان إذا ما فقد قدرته على السمع منذ الولادة فإنه لن يستطيع أن يتكلم ؟! وأيضاً لن يستطيع أن يقرأ أو يكتب كالأفراد العاديين وبالتالي يترتب على ذلك حدوث صعوبات متنوعة تشمل جوانب النمو المختلفة وفرص التعلم وضعف في الجانب الاجتماعي.

تشريح الأذن

بما أن الإعاقة السمعية مرتبطة بخلل فسيولوجي يصيب الجهاز السمعي، لذلك لا بد من الإلمام بأجزاء هذا الجهاز ووظيفة كل جزء، ويظهر الشكل (1-3) رسماً تخطيطياً للأذن ويبين أجزاءها المختلفة.

يتكون الجهاز السمعي من الأذن الخارجية والأذن الوسطى والأذن الداخلية.

1- الأذن الخارجية (The Outer Ear)

يتكون هذا الجزء من الصيوان والقناة السمعية الخارجية، والصيوان هو الجزء الخارجي الظاهر من الأذن ووظيفته تجميع الموجات الصوتية وتسهيل دخولها إلى القناة الخارجية، والتي هي عبارة عن ممر ضيق توجد فيه غدد تفرز المادة الصمغية التي تحمي الأذن من الجراثيم والأوساخ، ينتهي الممر بطبلة الأذن التي تعتبر جزءاً من الأذن الوسطى. (الزريقات، 2003، ص: 20)

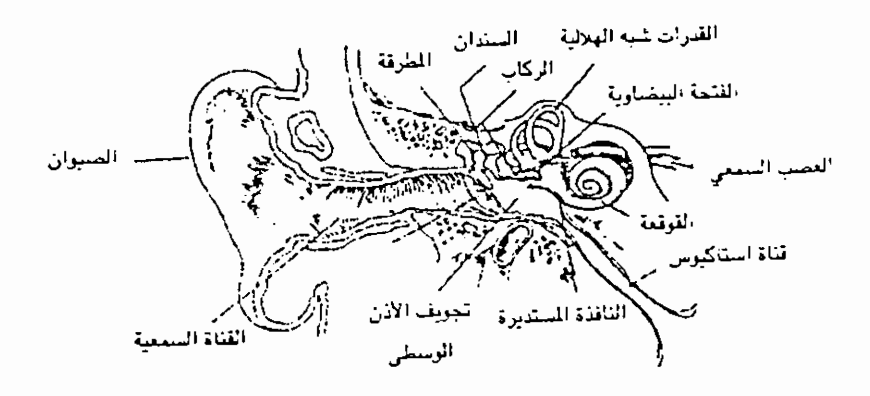
2- الأذن الوسطى (The Middle Ear)

وهي تجويف مليء بالهواء للمحافظة على توازن الضغط على طبلة الأذن وذلك من خلال قناة استاكيوس المرتبطة بالحلق فتغير الضغط يجعل الهواء يمر إلى الداخل أو

الخارج من خلال هذه القناة. وتشتمل الأذن الوسطى على الطبلة والعظيمات الثلاث وهي المطرقة والسندان والركاب. إن وظيفة هذه العظيمات نقل الترددات الصوتية من الطبلة إلى النافذة البيضاوية. (Stach, 11998).

3- الأذن الداخلية (The Inner Ear)

وتشتمل على جزئين أساسيين هما القنوات شبه الهلالية (Semicireular Canais)، ووظيفتها حفظ التوازن وتزويد الدماغ بمعلومات عن حركة الرأس وموضعه، والإحساس بالسرعة، وهي عبارة عن ثلاث قنوات شبه دائرية مليئة بالسائل وتقع في الجزء الأعلى من الأذن الداخلية، أما الجزء الآخر من الأذن الداخلية القوقعة (Cochlea)، وهي جزء حلزوني الشكل يحتوي عدداً كبيراً جداً من الشعيرات الدقيقة. وعن طريق القوقعة يتم تحويل الصوت إلى موجات كهربائية تنتقل عن طريق العصب السمعي إلى الدماغ. (المط، 1989).



شكل (3-1)

جهاز السمع: الأذن واقسامها

آلية السمع (كيف نسمع الأصوات؟)

إن سماع الإنسان للأصوات يمر بثلاث مراحل هي كما يلي:-

1- المرحلة الأولى في الأذن الخارجية: يقوم صيوان الأذن بالتقاط الذبذبات الصوتية وتجميعها، وتنتقل عبر القناة السمعية إلى الطبلة وتهتز الطبلة؛ وتعتمد شدة اهتزازها على شدة الذبذبات الصوتية وزخمها.

2- المرحلة الثانية في الأذن الوسطى: تنتقل الذبذبات الصوتية من الطبلة إلى المطرقة

المثبتة على جدار الطبلة من جهة الأذن الوسطى. وبحسب مبدأ عمل الروافع تنتقل الذبذبات إلى السندان ومن ثم إلى الركاب إلى أن تصل بصورة مضخمة ومركزه إلى الفتحة أو النافذة البيضاوية حيث تكون هناك نقطة الالتقاء بين الأذن الوسطى والأذن الداخلية من هنا نرى أن وظيفة العظيمات هي نقل الذبذبات وتضخيمها وتركيزها.

3- المرحلة الثالثة في الأذن الداخلية: حيث تجري العملية في الأذن الداخلية بالآلية التالية:-

يقوم السائل الليمفاوي الخارجي بنقل الذبذبات الصوتية إلى السلم الطبلي ثم إلى السلم الوسطي حيث تمتلئ هذه القناة بالسائل الليمفاوي الداخلي. ونتيجة لوجود فرق في الجهد بين هذين السائلين يتأثر الغشاء القاعدي الذي يحمل أنابيب جسم كورتي، أثناء حركة الاهتزاز تتلامس أنابيب كورتي مع الشعيرات التي تغطي الغشاء السقفي الذي يوجد في القناة الثالثة (السلم الدهليزي) ونتيجة لوجود فرق في الجهد بين القناة الوسطى والقناة الثالثة تتولد تيارات (سيالات عصبية) تتلقفها الألياف والعقد العصبية لتنقلها إلى المراكز الحسية في الدماغ. ومعروف أن جسم كورتي يعمل على حفظ التوازن بتحكم مباشر من المخيخ. (الروسان، 1994، ص: 43-44).

خصائص الصوت

لا بد من الإشارة إلى خصائص الصوت العامة وذلك لعلاقتها بالإعاقة السمعية وهي:-

1- **شدة الصوت** (Intensity)

وتشير إلى قوة الصوت ودرجة إرتفاعه، وتقاس بوحدة قياس تسمى الديسبل، ويرمز لها بالرموز .(dB) ولتكوين صورة أوضح عن المقصود بالديسبل، تخيل صوتاً على مسافة (3) أقدام منك، فإن شدة هذا الصوت بالنسبة لك حوالي (30) ديسبل. بينما صوت إقلاع الطائرة يسجل حوالي (140) ديسبل إذا كنت على مسافة (30) متراً منها، وتتراوح شدة الحديث العادي من (40-50) ديسبل. وتجدر الإشارة إلى أن الصوت يصبح مؤذياً للأذن العادية إذا تجاوزت شدته (120) ديسبل.

2- **نغمة الصوت** (Pitch)

ويشار لها أحياناً بالتردد (Frequency) ويقصد بالنغمة أو التردد عدد الموجات التي يحدثها مصدر الصوت في الثانية الواحدة وتقاس بوحدة قياس تسمى الهيرتز ويرمز لها

بالرموز (Hz) تقديراً للعالم (Heinrich Hertz) الذي يُعد من أشهر من درس الصوت وخصائصه. فعندما نقول إن نغمة الصوت (50) هيرتز فهذا يعني تردداً يساوي (50) موجة في الثانية. وكلما زاد عدد الموجات أصبح الصوت أكثر حدة (أي أقل غلظة).

هذا ومن الجدير ذكره أن الأذن السليمة تستطيع سماع الأصوات التي تتراوح تردداتها بين (20 و 200000) هيرتز في الثانية. وتتراوح نغمة الحديث العادي بين (125 و 8000) هيرتز. وتجدر الإشارة إلى أن الحديث العادي لأي فرد يتألف من أصوات ذات ترددات مختلفة تبعاً لأصوات الحروف التي يتألف منها الكلام، فحرف السين مثلاً تردده أعلى بكثير من حرف الفاء. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 137).

تعريف الإعاقة السمعية

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة السمعية حسب المهتمين بهذه المشكلة فعلى سبيل المثال يهتم الأطباء والعاملون في مجال القانون على درجة الفقدان السمعي وذلك من أجل التمييز بين ضعاف السمع والمصابين بالصمم الكامل بينما يهتم التربويون بالمضامين التربوية والآثار الناتجة عن الإعاقة السمعية على التعلم والتواصل.

مما سبق نستنتج أن مصطلح الإعاقة السمعية يشير إلى المشكلات السمعية التي تتراوح في شدتها من البسيط إلى المتوسط وهو ما يسمى بالضعف السمعي (Hard of Hearing) إلى الشديد وهو ما يسمى بالصمم (Deafness)، ومن هنا يعرّف الصمم على أنه درجة من الفقدان السمعي تزيد عن (70) ديسبل للفرد تحول دون اعتماده على حاسة السمع في فهم الكلام بإستخدام السماعات أو بدونها. أما ضعف السمع فهو درجة من فقدان السمع تزيد عن (35) ديسبل وتقل عن (70) تجعل الفرد يعاني من صعوبات في فهم الكلام باستخدام حاسة السمع فقط باستخدام السماعات أو بدونها.

وتجدر الإشارة إلى أن شدة الإعاقة السمعية هي نتاج لشدة الضعف في السمع وتفاعله مع عوامل أخرى أهمها:

1- العمر عند فقدان السمع.

2- العمر الذي تم فيه إكتشاف الفقدان السمعي ومعالجته.

3- المدة الزمنية التي إستغرقها حدوث الفقدان السمعي.

4- نوع الإضطراب الذي أدى إلى فقدان السمع.

5- فاعلية أدوات تضخيم الصوت.

6- الخدمات التأهيلية المقدمة (القمش، 2000، ص: 27).

شيوع الإعاقة السمعية

تعد الإعاقة السمعية مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى قليلة الحدوث نسبياً حيث تشير ليرنر أن نسبة انتشار حالات الإعاقات (السمعية والبصرية والحركية) مجتمعين مقارنة مع حالات التربية الخاصة الأخرى تبلغ 8,8%. (Lerner, 2000).

كذلك فإن الدراسات في الدول الغربية تشير إلى أن ٥٪ من الأطفال في سن المدرسة يعانون من مشكلات سمعية، وأن هذه المشكلات لا تصل إلى مستوى الإعاقة، أما بالنسبة إلى مستوى الضعف السمعي الذي يصل إلى حد الإعاقة السمعية فيقدر نسبته بحوالي 0,5%

أسباب الإعاقة السمعية

هنالك العديد من الأسباب التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية والتي توصل إليها العلم الحديث، إلا أنه هنالك حالات عديدة لا يزال لا يعرف لها سبب محدد.

لذلك تقسم أسباب الإعاقة السمعية إلى مجموعتين رئيسيتين من الأسباب الأولى: مجموعة الأسباب التي تعود لعوامل وراثية جينية والثانية: مجموعة الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية، وفيما يلي عرض لأهم أسباب الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف:-

أولاً: الأسباب الخاصة بالعوامل الوراثية (الجينية)، وأهم هذه الأسباب إختلاف العامل الرايزيسي بين الأم والجنين (RH)وهو عدم توافق دم الأم الحامل والجنين ويحدث عندما يكون دم الجنين خالٍ من العامل الرايزيسي ويكون لدى الأب هذا العامل. فقد يرث الجنين في هذه الحالة العامل الرايزيسي عن الأب مما يؤدي إلى نقل دم الجنين إلى دم أمه وخاصة أثناء الولادة، مما يجعل دم الأم ينتج أجساماً مضادة لأن دم الجنين مختلف عن دمها. وهذه الأجسام المضادة تنقل إلى دم الطفل عبر المشيمة. ونتيجة لهذا كله فإنه يحدث مضاعفات متعددة منها إصابة الطفل بالإعاقة السمعية.

ثانياً: الأسباب الخاصة بالعوامل البيئية، والتي تحدث بعد عملية الإخصاب أي ما قبل مرحلة الولادة، وأثناءها، وبعدها. وأهم هذه الأسباب:

1- الحصبة الألمانية التي تصاب بها الأم الحامل

وهي مرض فيروسي معدٍ يصيب الأم الحامل ويتلف الخلايا في العين والأذن والجهاز العصبي المركزي والقلب للجنين، وخاصة في الأشهر الثلاث الأولى من الحمل، وهي سبب لكثير من الإعاقات ومنها الإعاقة السمعية.

2- التهاب الأذن الوسطى (Otitis Media)

وهو التهاب فيروسي أو بكتيري، يسبب هذا الإلتهاب زيادة في إفراز السائل الهلامي داخل الأذن الوسطى مما قد يعيق طبلة الأذن عن الاهتزاز بسبب زيادة كثافة ولزوجة هذا السائل ويحدث ضعفاً سمعياً.

3- التهاب السحايا (Meningitis)

وهو التهاب فيروسي أو بكتيري يصيب السحايا ويؤدي إلى تلف في الأذن الداخلية مما يؤدي إلى خلل واضح في السمع.

4- العيوب الخلقية في الأذن الوسطى

كالتشوهات في الطبلة أو عظيمات المطرقة والسندان والركاب. وكذلك التشوهات الخلقية في القناة السمعية أو تعرضها للإلتهاب والأورام.

5- الإصابات والحوادث

ومن أمثلتها ثقب الطبلة نتيجة التعرض لأصوات مرتفعة جداً لفترات طويلة، أو إصابات الرأس أو كسور في الجمجمة مما قد يحدث نزيف في الأذن الوسطى يسبب ضعف في السمع.

6- تجمع المادة الصمغية

التي يفرزها الغشاء الداخلي للأذن، وبالتالي تصلبها مما قد يؤدي إلى انسداد جزئي للقناة السمعية، يحول دون وصول الصوت إلى الداخل.

7- سوء تغذية الأم الحامل.

8- تعرض الأم الحامل للأشعة السينية وخاصة في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل.

9- تعاطي الأم الحامل للأدوية والعقاقير من دون مشورة الطبيب.

10- نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة. (القمش، 2000).

كما يمكن تقسيم أسباب الإعاقة السمعية بحسب مكان الإصابة في الأذن، وهناك يمكن أن نميز ثلاث مجموعات من الإصابة. (الروسان،1994، ص: 347):

1- إصابة طرق الإتصال السمعي:

وتمثل الإصابة هنا خللاً في طرق الإتصال السمعي أو التوصيلي وغالباً ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية والوسطى، مثل الحالة المسماة (Atresia)والتي تبدو في صعوبة تشكيل قناة الأذن الخارجية، أو الالتهابات التي تصيب قناة الأذن الخارجية، وكذلك الحالة المسماة (Otitis Media) والتي تبدو في التهاب الأذن الوسطى والتي تنتج بسبب التهاب قناة ستاكيوس أو بسبب الحساسية، وغالباً ما تكون الخسارة السمعية نتيجة لهذه الأسباب أقل من (60) وحدة ديسبل.

2- إصابة طرق الاتصال الحسي العصبي:

وتمثل الإصابة هنا خللاً في طرق الاتصال الحسي العصبي، وغالباً ما تؤدي الأسباب هنا إلى إصابة الأذن الخارجية، والتي تشكل مشكلة لدى الأطباء والمربين على حد سواء، وتمثل الحالة المسماة (Dysacusis) مثالاً على إصابة الأذن الداخلية، وتبدو أعراض هذه الحالة في صعوبة فهم الكلام أو اللغة المنطوقة لدى الفرد، وكذلك الحالة المسماة (Tinnit-us) والتي تبدو أعراضها في طنين الأذن، وغالباً ما تكون نسبة الخسارة السمعية لهذه الأسباب أكثر من (60) وحدة ديسبل.

تصنيف الإعاقة السمعية

هنالك العديد من التصنيفات للإعاقة السمعية تبعاً للعديد من العوامل أهمها:

- التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة.
- التصنيف حسب العمر الذي حدثت فيه الإعاقة السمعية.
- التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي.

أولاً:- التصنيف حسب طبيعة وموقع الإصابة:

يعتمد هذا التصنيف على موقع الإصابة والجزء المصاب من الجهاز السمعي ويقسم إلى ما يلي:-

أ- الفقدان السمعي التوصيلي (Conductive Hearing Loss)

وينتج عن خلل في الأذن الخارجية والوسطى يحول دون نقل الموجات الصوتية إلى الأذن

الداخلية مما يؤدي بالفرد إلى صعوبة سماع الأصوات التي لا تزيد عن (60) ديسبل. ويستطيع الأفراد الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية سماع الأصوات المرتفعة وتمييزها. إن استخدام السماعات في مثل هذا النوع يفيد في مساعدة الأفراد على استعادة بعض قدراتهم السمعية.

ب- الفقدان السمعي الحسي عصبي (Sensorineural Hearing Loss)

وينتج عن خلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي. تكمن المشكلة في هذا النوع من أن موجات الصوت إلى الأذن الداخلية لا يتم تحويلها إلى شحنات كهربائية داخل القوقعة بسبب خلل فيها، أو قد ينتج عن خلل في العصب السمعي فلا يتم نقل موجات الصوت إلى الدماغ. وعادة فإن درجة الفقدان السمعي في هذا النوع تزيد عن (70) ديسبل.

يعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من الفقدان السمعي من صعوبة في فهم الأصوات، بالإضافة إلى عدم قدرتهم على سماعها، وإلى اضطراب نغمات الصوت وازدياد شدة الصوت بشكل غير طبيعي، وعادة ما يتكلم الفرد بصوت مرتفع ليسمع نفسه. إن استخدام السماعات في هذا النوع قليل الفائدة.

ج- الفقدان السمعي المختلط(Mixed Hearing Loss)

يسمى الفقدان السمعي بالمختلط إذا كان الشخص يعاني من فقدان سمعي توصيلي وفقدان سمعي حس عصبي في الوقت نفسه. في مثل هذا النوع من الفقدان قد يكون هناك فجوة كبيرة بين التوصيل الهوائي والتوصيل العظمي للموجات الصوتية. السماعات قد تكون مفيدة لهم.

د- الفقدان السمعي المركزي (Central Hearing Loss)

ينتج الفقدان السمعي المركزي في حالة وجود خلل في الممرات السمعية في جذع الدماغ أو المراكز السمعية يحول دون تحويل الصوت من جذع الدماغ إلى المنطقة السمعية في الدماغ أو عند إصابة الجزء المسؤول عن السمع في الدماغ. وفي هذه الحالة فإن السماعات تكون محدودة الفائدة للأشخاص الذين يعانون من هذا الفقدان السمعي.

ثانياً: التصنيف حسب العمر التي حدثت فيه الإعاقة السمعية:

يعتبر العمر الذي حدثت فيه الإعاقة هام من حيث الأثر الذي تتركه الإعاقة السمعية على نمو واكتساب اللغة والتعرض لخبرة الأصوات المختلفة في البيئة. من هنا تقسم الإعاقة السمعية حسب هذا التصنيف إلى:

أ- صمم ما قبل تعلّم اللغة (Prelingual Deafness)

وهو حدوث الإعاقة السمعية في عمر مبكر وقبل أن يكتسب الطفل اللغة سواء كانت الإعاقة ولادية أي منذ الولادة أو مكتسبة. وفي هذا النوع من الصمم لا يستطيع الطفل أن يكتسب اللغة أو الكلام بطريقة طبيعية. فعندما لا يسمع الطفل فإنه بالتالي لا يستطيع أن يقلد كلام الآخرين أو ملاحظة كلامه. ومن هنا يحتاج الطفل في هذه الحالة، أن يتعلم اللغة عن طريق حاسة البصر أو إلى استخدام لغة الإشارة وذلك لأن هذه الفئة فقدت قدرتها على الكلام لأنها لم تسمع ولم تتعلم اللغة. ويطلق عليهم (الصم البكم).

ب- صمم ما بعد تعلم اللغة (Postingual Deafness)

ويطلق هذا التصنيف على تلك الفئة من المعاقين سمعياً الذين فقدوا قدرتهم السمعية كلها أو بعضها بعد إكتساب اللغة، وتتميز هذه الفئة بقدرتها على الكلام، لأنها سمعت وتعلمت اللغة، ويطلق عليهم مسمّى (الصم) فقط.

ثالثاً: التصنيف حسب شدة الفقدان السمعي:

وتصنف الإعاقة السمعية حسب هذا البعد إلى ثلاث فئات بحسب شدة الفقدان السمعي (حسب درجة الخسارة السمعية) والتي تقاس بوحدة الديسبل (Decible)هي:-

أ- فئة الإعاقة السمعية البسيطة :(Mild Hearing Impaired) وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (20-40) وحدة ديسبل .(20-40 dB Loss)

ب- فئة الإعاقة السمعية المتوسطة :(Moderately Hearing Impaired) وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (40-70) وحدة ديسبل.(70-40 dB Loss)

ج- فئة الإعاقة السمعية الشديدة :(Severely Hearing Impaired) وتتراوح قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة ما بين (70-90) وحدة ديسبل.(90-70 dB Loss)

د- فئة الإعاقة السمعية الشديدة جداً :(Profoundly Hearing Impaired) وتزيد قيمة الخسارة السمعية لدى هذه الفئة عن (92) وحدة ديسبل .(92dB Loss) (القمش، 2000) (الروسان، 2001).

قياس وتشخيص الإعاقة السمعية

هنالك العديد من الطرق المستخدمة في قياس وتشخيص الإعاقة السمعية، وهذه الطرق هي:-

أولاً:- الطريقة التقليدية (Traditional Method)

وهي طريقة غير دقيقة وتهدف للكشف المبدئي عن إجمالية إصابة الفرد بالإعاقة السمعية، ومن تلك الطرق:-

أ) طريقة الهمس (Whisper Test)

وفي هذه الطريقة نقوم بمناداة الطفل بإسمه بصوت منخفض للتأكد من سلامة الجهاز السمعي لديه فإذا لم يسمع الطفل نرفع درجة الصوت ومن خلال ذلك نستطيع التعرف مبدئياً على وجود خلل من عدمه في حاسة السمع لدى الطفل.

ب) طريقة دقات الساعة (Watch Test)

وفي هذه الطريقة نطلب من الطفل أن ينصت لسماع دقات الساعة فإذا قام بسماعها كان وضعه طبيعياً وإذا لم يستطيع سماع دقات الساعة فإن ذلك مؤشراً على وجود خلل في حاسة السمع لدى الطفل.

ثانياً:- الطرق العلمية الحديثة (Modern Methods)

يقوم بإجراء تلك الطرق أخصائي في قياس القدرة السمعية ويطلق عليه مصطلح (Au-diologist) وهذه الطرق تتصف بالدقة مقارنة مع الطرق التقليدية وأهمها:-

أ) طريقة القياس السمعي الدقيق (Audiometry Pure -ton)

وفي هذه الطريقة يحدد أخصائي السمع درجة / عتبة القدرة السمعية للفرد بوحدات تسمى (Hertz) والتي تمثل عدد من الذبذبات الصوتية في كل وحدة زمنية، وبوحدات أخرى تعبر عن شدة الصوت تسمى ديسبل (Decible, dB)، ويقوم الأخصائي بقياس القدرة السمعية للفرد، بوضع سماعات الأذن، على أذني المفحوص، ولكل أذن على حدة، ويعرض على المفحوص أصواتاً ذات ذبذبات تتراوح من (125-8,000) وحدة هيرتز، ذات شدة تتراوح من صفر إلى (110) وحدة ديسبل، ومن خلال ذلك يقرر الفاحص مدى التقاط المفحوص للأصوات ذات الذبذبات والشدة المتدرجة.

ب) طريقة إستقبال الكلام وفهمه (Speech Audiometry)

وفي هذه الطريقة يعرض الفاحص أمام المفحوص أصواتاً ذات شدة متدرجة ويطلب منه آن يعبر عن مدى سماعه وفهمه للأصوات المعروضة عليه.(Yellin &Rolan, 1997).

القياس السمعي للأطفال الصغار:

يتم الفحص السمعي للأطفال الرضع بالاعتماد على المنعكسات الأولية إذ تلاحظ استجاباتهم للأصوات العالية بشكل لا إرادي أو عن طريق إصدار أصوات بدرجات مختلفة من جميع الجهات وملاحظة استجاباتهم لها.

ويمكن إجراء الفحص السمعي مع الأطفال الصغار عن طريق ما يعرف بالقياس من خلال اللعب، حيث توضع السماعات على أذن الطفل ويقدم له نغمة أو حديث بدرجات مختلفة في الشدّة ويطلب منه القيام بعمل محبب له عند سماع الصوت. (Northern & Down, 2002).

الإختبارات التربوية المستخدمة في القياس السمعي.

في هذه الطريقة يستخدم الأخصائي إختبارات التمييز السمعي المقننة أهمها:

أ- مقياس ويبمان للتمييز السمعي

(Wepman Auditory Discrimination Test, 1978) حيث يهدف هذا الاختبار إلى قياس قدرة المفحوص على التمييز السمعي بين ثلاث مجموعات من الكلمات المتجانسة، وهو مصمم للأعمار من (5-8) سنوات، ويطبق بطريقة فردية.

ب- مقياس جولدمان فرستو ودكوك للتمييز السمعي.

ج- مقياس لندامود السمعي.

ومما يجدر ذكره أن جميع الإختبارات التربوية تعتمد فيها أساليب قياس المعاق سمعياً على الطرق الأدائية.

التدخل المبكر والإعاقة السمعية

من المعروف أن التدخل المبكر يلعب دوراً حيوياً وبارزاً في منع أو الحد والتقليل من الآثار السلبية للإعاقات، ولذلك يقع على كاهل أولياء الأمور والمعلمين في المدارس واجب الكشف عن الإعاقة السمعية لدى الطفل أو الكشف عن إمكانية حدوث الإعاقة السمعية للطفل مستقبلاً.

ومن أجل ذلك وضع الأخصائيون عدداً من المؤشرات والمظاهر السلوكية التي تشير إلى وجود أو إحتمال حدوث الإعاقة السمعية وفيما يلي عرض لأهم هذه المؤشرات:-

1- إدارة الرأس نحو مصدر الصوت عند الإصغاء للكلام.

2- ظهور إفرازات صديدية من الأذن أو إحمرار في الصيوان.

3- التشتت والارتباك عند حدوث أصوات جانبية.

4- الميل للحديث بصوت مرتفع.

5- استخدام الإشارات في المواقف التي يكون فيها الكلام أكثر فاعلية.

6- الصعوبة الواضحة في فهم التعليمات وطلب إعادتها.

7- عيوب في نطق الأصوات وخاصة حذف الأصوات الساكنة من الكلام.

8- الالتزام بنبرة واحدة عند التحدث، أو لحذف بعض الحروف.

9- الحرص على الأقتراب من مصادر الصوت ورفع صوت التلفاز والمذياع بشكل مزعج للآخرين.

10- عدم الانتباه والإستجابة للمتكلم عندما يتكلم بصوت طبيعي.

11- الشكوى من الآم في الأذن أو صعوبة في السمع ورنين مستمر في الأذن.

12- ضعف في التحصيل بشكل عام وخصوصاً في الإختبارات الشفوية.

13- عدم المشاركة في الأنشطة والنشاطات وخصوصاً تلك التي تركز على استخدام حاسة السمع واللغة الشفهية. (Smith, 2001).

خصائص المعوقين سمعياً

من البديهي والمنطقي أن يؤثر فقدان السمع لدى الفرد الأصم وفقدان السمع والقدرة اللغوية لدى الفرد الأصم الأبكم على المظاهر الأخرى للفرد مثل الخصائص اللغوية، والعقلية، والأكاديمية والاجتماعية ... إلخ.

وفيما يلي توضيح لتلك الآثار على هذه الجوانب، مع ضرورة الإشارة إلى أن هذه الخصائص والصفات تخص المعوقين سمعياً كفئة وهي ليست خصائص مميزة لكل فرد يعاني من الإعاقة السمعية.

أولاً:- الخصائص اللغوية

من الطبيعي أن يتأثر النمو اللغوي لدى المعوقين سمعياً فهو يعتبر من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية ولا عجب في ذلك حيث إن الصعوبة في جوانب النمو اللغوي،

وخاصة في اللفظ لدى الأفراد المعوقين سمعياً، وترجع إلى غياب التغذية الراجعة المناسبة لهم في مرحلة المناغاة. إن الطفل السامع عندما يقوم بالمناغاة، فإنه يسمع صوته، وهذا يشكل له تغذية راجعة فيستمر بالمناغاة. في حين أن الطفل الأصم، لا يسمع مناغاته، وبالتالي يتوقف عنها ولا تتطور لديه اللغة بعد ذلك. كما أن الطفل الأصم على الأغلب لا يحصل على إستثارات سمعية كافية أو على تغذية راجعة، أو تعزيز من قبل الراشدين لتوقعاتهم السلبية من الطفل الأصم، وبالتالي فإن الإعاقة السمعية لا توفر للطفل الأصم الحصول على نموذج لغوي مناسب يقوم بتقليده.

ويذكر هلهان وزملاؤه (Hallahan et. al, 1981) ثلاثة أثار سلبية للإعاقة السمعية على النمو اللغوي، وخاصة لدى الأفراد الذين يولدون صماً، هي:

1- لا يتلق الطفل الأصم أي رد فعل سمعي من الآخرين، عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

2- لا يتلق الطفل الأصم أي تعزيز لفظي من الآخرين عندما يصدر أي صوت من الأصوات.

3- لا يتمكن الطفل الأصم من سماع النماذج الكلامية من قبل الكبار كي يقلدها. (Hal-lahan)&Kauffman, 1994).

ويعتبر العمر عند الإصابة بالإعاقة السمعية من العوامل الحاسمة في تحديد درجة التأخر في النمو اللغوي، فالأطفال الذين يصابون بالإعاقة السمعية منذ الولادة وقبل اكتساب اللغة. يواجهون عجزاً في تطور اللغة منذ الطفولة المبكرة رغم أنهم يصدرون أصواتاً ويقومون بالمناغاة كباقي أقرانهم من الأطفال السامعين.

كما تتأثر مظاهر النمو اللغوي بدرجة الإعاقة السمعية، فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية كلما زادت المشكلات اللغوية، والعكس صحيح، وعلى ذلك يواجه الأفراد ذوو الإعاقة السمعية البسيطة مشكلات في سماع الأصوات المنخفضة أو البعيدة أو في فهم موضوعات الحديث المختلفة، كما يواجهون مشكلات لغوية تبدو في صعوبة سماع وفهم (50%) من المناقشات الصفية، وتكوين المفردات اللغوية في حين يواجه الأفراد ذوو الإعاقة السمعية المتوسطة مشكلات في فهم المحادثات والمناقشات الجماعية وتناقص عدد المفردات اللغوية وبالتالي صعوبات في التعبير اللغوي، في حين يواجه الأفراد ذوو الإعاقة الشديدة مشكلات في سماع الأصوات العالية وتمييزها، وبالتالي مشكلات في التعبير اللغوي. (الروسان، 2001).

ومن أهم مظاهر القصور اللغوي لدى الأفراد المعوقين سمعياً، بالإضافة إلى الصعوبة في اللفظ، أن لغتهم غير غنية، ومفرداتهم أقل، وجملهم أقصر، وتتصف بالتركيز على الجوانب الحسية الملموسة مقارنةً بلغة السامعين. كما أن لديهم أخطاء في الكلام وعدم إتساق في نبرات الصوت.

ثانياً:- الخصائص العقلية (المعرفية)

ونقصد بها هل تؤثر الإعاقة السمعية على القدرة العقلية للفرد المعوق سمعياً؟ لقد تم التوضيح سابقاً أن الإعاقة السمعية تؤثر بشكل واضح على النمو اللغوي للفرد وبما أن معظم علماء النفس التربويون يشيرون إلى إرتباط القدرة العقلية بالقدرة اللغوية فمن البديهي أن يكون أداء الأفراد المعوقين سمعياً متدنياً على إختبارات الذكاء وذلك بسبب تشبع تلك الإختبارات بالناحية اللفظية. والسؤال الذي يطرح نفسه هنا وأنه لو تم تصميم إختبارات ذكاء وخاصة بالصم تركز على الجوانب الأدائية فهل سيكون أداءهم متدنياً على هذه الإختبارات ؟ على كل حال يجب الإشارة إلى أن إختبارات الذكاء بوصفها الحالي والمشبعة بالناحية اللفظية لا تقيس قدرات الصم العقلية الحقيقية، وهذا وتشير معظم الدراسات انه لا توجد علاقة قوية بين درجة الإعاقة السمعية ومعامل الذكاء، وأنه لا أثر للإعاقة السمعية على ذكاء الفرد. إذ أشارت الدراسات إلى أن المعوقين سمعياً قادرون على التعلم والتفكير التجريدي وأن لغة الإشارة هي بمثابة لغة حقيقية. (Hallahan & Kauff-man, 1994).

ثالثاً:- الخصائص التربوية (التحصيل المدرسي)

من الطبيعي أن تتأثر الجوانب التحصيلية للأصم وبخاصةً في مجالات القراءة، والكتابة، والحساب؛ وذلك بسبب إعتماد هذه الجوانب التحصيلية إعتماداً أساسياً على النمو اللغوي، وحيث أن الدراسات - كما ذكرنا سابقاً- أشارت بشكل عام إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً ليس لديهم تدني في القدرات العقلية مقارنة بأقرانهم السامعين، لذلك فإن الإنخفاض الواضح في التحصيل الأكاديمي لديهم يمكن تفسيره بعدد من العوامل أهمها:-

1- عدم ملائمة المناهج الدراسية لهم حيث أنها مصممة بالأصل للأفراد السامعين.

2- انخفاض الدافعية للتعلم في الغالب لديهم نتيجة ظروفهم النفسية الناجمة عن وجود الإعاقة السمعية.

3- عدم ملائمة طرائق (أساليب) التدريس لحاجاتهم، فهم بحاجة لأساليب تدريس فعاله تتناسب وظروفهم.

إلا أن ذلك لا يعني بالضرورة أنهم لا يستطيعون تحصيل مستويات عليا من التحصيل الأكاديمي فإذا أتيحت لهم الفرص المناسبة من برامج تربوية مركزة وطرائق تدريس فعّالة فإنهم يستطيعون الحصول على درجات عليا مشابهة لأقرانهم السامعين.

هذا وتجدر الإشارة إلى أن درجة الإعاقة السمعية تلعب دوراً هاماً في التحصيل المدرسي فكلما زادت درجة الإعاقة السمعية قلّت فرص المعوق سمعياً للإستفادة من البرامج التربوية، وهذا مع العلم بأن التحصيل الأكاديمي يتأثر بمتغيرات أخرى غير شدّة الإعاقة السمعية مثل القدرات العقلية والشخصية والدعم الذي يقدمه الوالدين والعمر عند حدوث الإعاقة السمعية والوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والوضع السمعي للوالدين (Ysseldyke &Algozzine, 1990).

رابعاً:- الخصائص الاجتماعية والانفعالية

تعتبر اللغة الوسيلة الأولى في التواصل لذلك يعاني المعاقون سمعياً من مشكلات تكيفية في نموهم الاجتماعي وذلك بسبب النقص الواضح في قدراتهم اللغوية، وصعوبة التعبير عن أنفسهم، وصعوبة فهمهم للآخرين، سواء أكان ذلك في مجال الأسرة، أو العمل، أو المحيط الاجتماعي بشكل عام، لذا يبدو الفرد الأصم وكأنه يعيش في عزلة مع الأفراد العاديين الذين لا يستطيعون فهمه، وهم مجتمع الأكثرية الذي لا يستطيع أن يعبر بلغة الإشارة أو بلغة الأصابع، ولهذا السبب يميل المعاقون سمعياً إلى تكوين النوادي والتجمعات الخاصة بهم، إذ تعتبر هذه النوادي والتجمعات ذات الأهمية خاصة بالنسبة لهم، بسبب تعرض الكثير منهم لمواقف الإحباط التي تترتب على نتائج التفاعل الاجتماعي بين الأفراد العاديين والصم. حيث أن الأفراد المعوقين سمعياً يحاولون تجنب المواقف التي تؤدي إلى التفاعل الاجتماعي مع مجموعة من الأفراد، ويميلون إلى إقامة علاقات اجتماعية مع فرد واحد أو أثنين. لذلك فهم يميلون إلى العزلة كذلك يعانون من بطء في النضج الاجتماعي مقارنةً بأقرانهم السامعين وذلك بسبب مشكلات التواصل اللفظي لدى هؤلاء الأفراد.

أما فيما يتعلق بالجوانب الإنفعالية للمعوقين سمعياً فقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن الأفراد المعوقين سمعياً أكثر عرضه للضغوط النفسية والقلق والتوتر من أقرانهم العاديين، مع ضرورة الإشارة إلى أن تأثير الإعاقة السمعية على الجوانب الانفعالية للفرد

تختلف من فرد إلى آخر، وذلك إستناداً على عوامل عديدة تتعلق بالظروف الخاصة الفردية، إلا أن ذلك لا يعني أن سوء التوافق الانفعالي نتيجةً حتمية للأفراد المعوقين سمعياً (الزريقات، 2003، ص: 181).

ومما يجدر ذكره أيضاً أن الأشخاص المعوقين سمعياً يميلون للتفاعل مع أشخاص يعانون مما يعانون منه، وهم يفعلون ذلك أكثر من أية فئة أخرى من فئات الإعاقة المختلفة ربما بسبب حاجتهم إلى التفاعل اجتماعياً والشعور بالقبول من الأشخاص الآخرين (Kirk&Gallaugher, 1989).

مهارات التواصل لدى المعوقين سمعياً

تزداد فاعلية التدخل التربوي والتأهيلي مع الأفراد المعوقين سمعياً بازدياد إتقانهم لمهارات التواصل حيث يختلف المعلمون والمهنيون فيما بينهم حول أفضل المهارات التي يجب استخدامها من أجل التواصل مع الأفراد المعوقين سمعياً. فمنهم من يعتقد بأهمية التواصل الشفوي اللفظي لمساعدة هؤلاء الأفراد وتهيئتهم للعيش في مجتمع السامعين، أما البعض الآخر فيرى أن التواصل اليدوي باستخدام لغة الإشارة هو الأساس لكي يتم استخدامها مع الذين لديهم إعاقة سمعية ومع المعلمين مما يساعدهم على الإندماج في المجتمع.

وفيما يلي شرح موجز لكل مهارة من تلك المهارات:-

أولاً:- مهارة التدريب السمعي (Auditoy Training Skill)

ويقصد بها تنمية مهارة الاستماع والتمييز بين الأصوات أو الكلمات أو الحروف الهجائية لدى الأفراد المعاقين سمعياً باستخدام الطرق والدلائل المناسبة، وخاصةً الدلائل البصرية والمعينات السمعية التي تساعد في إنجاح هذه الطريقة التي تهدف إلى ثلاثة أهداف هي:

- تنمية وعي الطفل الأصم للأصوات.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل وخاصة بين الأصوات العامة غير الدقيقة.
- تنمية مهارة التمييز الصوتي لدى الطفل الأصم وخاصة بين الأصوات المتباينة الدقيقة.

هذا وتزداد الحاجة إلى التدريب السمعي كلما قلت درجة الإعاقة السمعية لذلك يتم التركيز على هذه الطريقة للأفراد ذوي الإعاقة السمعية البسيطة والمتوسطة بشكل أساسي.

ولكي تكون برامج التدريب السمعي فعّالة فلا بد من توافر مجموعة من العوامل أهمها:

1- الإستعانة بشكل أساسي على حاستي اللمس والبصر.

2- أن تعتمد على القدرات السمعية المتبقية للطفل.

3- البدء بالتدريب مباشرة بعد كشف الإعاقة السمعية لدى الطفل. (Hallahan& Kauff-man, 1994).

ثانياً:- مهارة التواصل اللفظي(Oral Communication Skill)

تؤكد هذه المهارة على المظاهر اللفظية في البيئة وتتخذ من الكلام الطريقة الأساسية لعملية التواصل وتتضمن هذه الطريقة تعليم الأفراد المعوقين سمعياً استخدام الكلام مما يجعلهم أكثر قدرة على فهم الكلام من خلال الإيماءات والدلالات من حركة شفاه المتكلم. ولا يتم التواصل اللفظي بطريقة فعالة إلاّ من خلال استثمار البقايا السمعية وباستخدام التدريب السمعي وقراءة الشفاه والكلام.

إن هذه الطريقة في التواصل تمكن الفرد المعوق سمعياً من التواصل مع أقرانه السامعين على العكس من لغة الإشارة التي تسهم في عزله.

ثالثاً:- مهارة قراءة الشفاه ولغة الشفاه / لغة قراءة الكلام

Speech Reading Skill /Lip Reading Skill

تتضمن هذه المهارة تدريب وتعليم الأفراد المعوقين سمعياً على ملاحظة حركات الشفاه ومخارج الأصوات، بالإضافة إلى تدريب البقايا السمعية وذلك من أجل فهم الكلام، وبمعنى آخر تعتبر هذه الطريقة أو المهارة هي تفسير بصري للتواصل الكلامي وهناك طريقتان لهذه المهارة هي:-

1- الطريقة التحليلية: وفيها يركز المعاق سمعياً على كل حركة من حركات شفتي المتكلم ثم ينظمها معاً لتشكل المعنى المقصود.

2- الطريقة التركيبية: وفيها يركز المعاق سمعياً على معنى الكلام أكثر من تركيزه على حركة شفتي المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

ومما تجدر الإشارة إليه أنه لا يوجد أفضلية لطريقة على أخرى إنما نجاح أي طريقة يعتمد على عدد من الأمور أهمها:

أ- مدى فهم الفرد المعوق سمعياً للمثيرات البصرية المصاحبة للكلام.

ب- مدى سرعة المتحدث.

ج- مدى ألفة موضوع الحديث للفرد المعوق سمعياً.

د- مدى مواجهة المتحدث للفرد المعوق سمعياً.

هـ- وأخيراً القدرة العقلية للفرد المعوق سمعياً.

وعلى الرغم من فاعلية هذه الطريقة (قراءة الكلام) في تنمية مهارة التواصل لدى الأفراد المعوقين سمعياً إلا أنها تعاني من مشاكل رئيسية أهمها:-

أ- أن بعض الأصوات متشابهة في النطق وبالتالي يصعب تمييزها من خلال النظر إلى الشفتين.

ب- إن بعض الكلمات هي حلقية وغير مرئية مقارنة بالكلمات التي تتضمن أحرفاً شفوية مما يجعل من الصعب قراءتها. (Giolas, 1994).

رابعاً:- مهارة لغة الإشارة والأصابع / التواصل اليدوي

Manual Communication /Sign Language Skill

تعرف لغة الإشارة على أنها نظام حسي بصري يدوي يقوم على أساس الربط بين الإشارة والمعنى، وتقسم إلى لغة الإشارة الكلية (Sign Language) والأبجدية الإشارية أو أبجدية الأصابع.(Finger Spelling)

ولإجراء الإشارة الكلية، يتم استخدام إشارة محددة متعارف عليها في مجتمع الأفراد الصم، باستخدام يد واحدة أو كلتا اليدين. وتكتسب الإشارة أهميتها بعد شيوع استعمالها، وربما يتم توثيقها من قبل المختصين في تربية المعوقين سمعياً واستخدامها في التعليم على مستوى واسع.

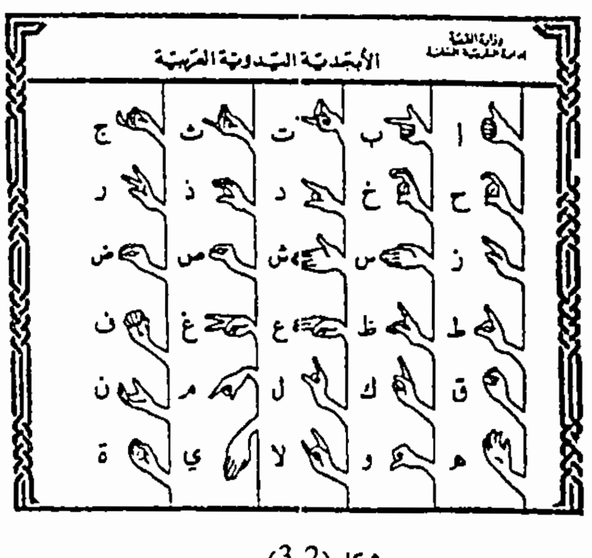
أما بالنسبة لأبجدية الأصابع، فتشمل استخدام اليد لتمثيل الحروف الهجائية المختلفة وذلك بإعطاء كل حرف شكلاً معيناً وهذه الطريقة تستخدم مع الأفراد المعوقين سمعياً المتعلمين، والذين يستطيعون القراءة والكتابة. وتستخدم كطريقة مساندة مع الأفراد الذين لا يعرفون إشارة معينة.

تعتبر لغة الإشارة من وجهة نظر المؤيدين والمتحمسين لها، هي اللغة الأم للأفراد الصم، وأن هناك ما يبرّر أن يتعلمها الأفراد السامعين بغية استخدامها في عملية التواصل مع الإفراد المعوقين سمعياً.

ومع أن هناك تشابهاً في الإشارات بين المجتمعات المختلفة، إلا أن الإشارات تختلف من مجتمع إلى آخر. إن التطور الكبير في استخدام الإشارات واستحداث الجديد منها من قبل المختصين، أدى إلى توثيق هذه الإشارة، وإدخال التحسينات عليها من خلال قواميس ومعاجم خاصة بلغة الإشارة ساهمت في تبادل المعلومات والخبرات بين المختصين في مجال تعليم الأفراد الصم.

هذا وتجدر الإشارة أنه من السهل تعلم لغة الأصابع حيث يمكن التعبير عن الأسماء أو الأفعال التي يصعب التعبير عنها بلغة الإشارة، بلغة الأصابع، ومع ذلك يمكن الجمع بين لغة الإشارة والأصابع معاً لتكوين جملة مفيدة ذات معنى.

ويمثل الشكل رقم (3-2) والشكل رقم (3-3) نماذج من مشاريع الأرقام الإشارية العربية.



شكل (3-2)

الأبجدية اليدوية العربية (دولة الكويت)



شكل (3-3)

مشروع الأرقام الإرشادية العربية (دمشق، 1986)

خامساً:- مهارة التواصل الكلي(Total Communication Skill)

تلاقي هذه الطريقة قبولاً كبيراً من قبل المختصين والعاملين مع الأفراد المعوقين سمعياً كما أنها تلاقي قبولاً واسعاً من قبل الأفراد المعوقين أنفسهم، ويعني التواصل الكلي استخدام أنواع متعددة من طرائق التواصل من أجل مساعدة الأفراد الصم على التعبير والفهم، وتتضمن استخدام كل من المهارات التالية مع بعضها البعض:

- الكلام.
- لغة الإشارة.
- قراءة الشفاه.

ومن خلال هذه الطريقة، التي تجمع الطرق السابقة معاً، يتم تلافي عيوب كل طريقة على حدة، ويتم الاستفادة من مميزات كل طريقة، بالإضافة إلى أن هذه الطريقة تستجيب بشكل أفضل للخصائص المتفردة لكل طفل فمن يعرف طريقة ما، يمكن استخدام هذه الطريقة بالإضافة إلى الكلام، إذ أن الهدف من التواصل الكلي هو تسهيل عملية التواصل اللفظي وتوفير طرق تواصل بديلة عن الكلام.

هذا وقد ظهرت هذه الطريقة في التواصل نتيجة للإنتقادات التي وجهت للطرق الأخرى وأهم هذه الانتقادات ما يلي:

أ) صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدام طريقة لغة الشفاه، إما بسبب سرعة حديث المتكلم أو الموضوع الذي يدور حوله حديث المتكلم، أو مدى مواجهته للأصم.

ب) صعوبة فهم الطفل الأصم للمتكلم باستخدامه طريقة التدريب السمعي وذلك بسبب مدى القدرة العقلية المتبقية لدى الأصم، ومدى فعالية الوسائل السمعية لدى الأصم.

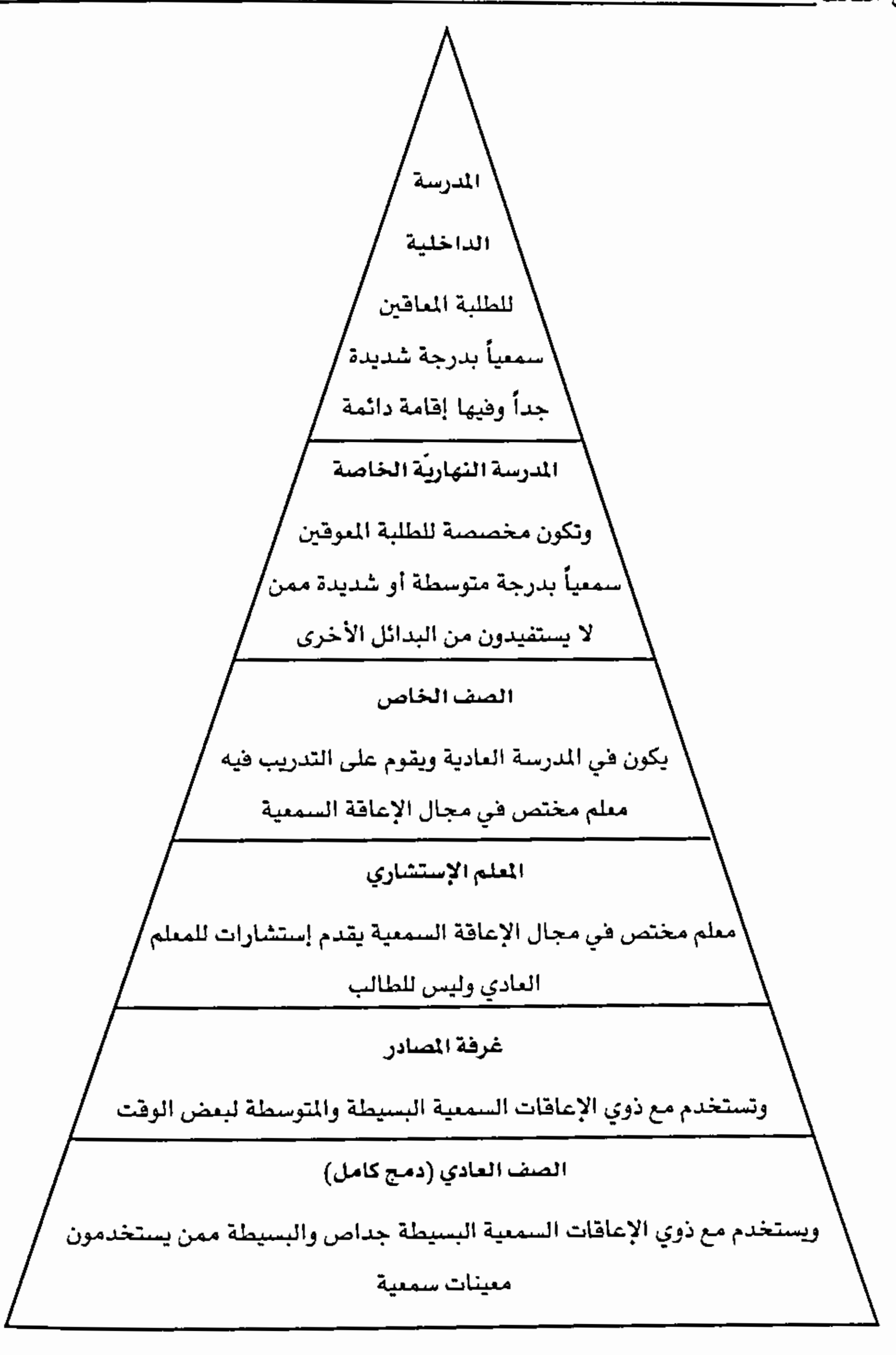
ج) صعوبة نشر لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع بين كل الناس ويعني ذلك اعتماد فهم الأصم للآخرين على مدى نشر تلك اللغة بين الناس، وهو ليس بالأمر السهل، بل يقتصر فهم الأصم على الآخرين الذين يتقنون لغة الإشارة أو أبجدية الأصابع، وبسبب مثل تلك الانتقادات مجتمعة، ظهرت الطريقة الجديدة وهي الطريقة التي تجمع بين كل تلك الطرق في الوقت نفسه، ففي هذه الطريقة يتحدث المتكلم بصوت واضح مسموع وبسرعة عادية لحركة الشفتين، وفي الوقت نفسه، يعبر عما يتكلم بلغة الإشارة والأصابع معاً. (الروسان، 2001، ص: 197) (Smith,2001).

البدائل التربوية للطلبة المعوقين سمعياً

تختلف البدائل التربوية للطلبة المعوقين سمعياً تبعاً لإختلاف عدد من العوامل أهمها:-

- طبيعة الإعاقة السمعية للطالب.
- شدة الإعاقة السمعية لدى الطالب.
- مدى تأثير الإعاقة السمعية عند الطالب على جوانب النمو المختلفة.

ويمثل الشكل (3-4) عرض لهذه البدائل التربوية حيث تمثل قاعدة الهرم أقل البيئات تقييداً وكلما صعدنا لقمة الهرم ننتقل إلى بيئات أكثر تقييداً.



شكل (3-4)

هرم البدائل التربوية للأفراد المعوقين سمعياً

توجيهات وتوصيات لرعاية الطفل الأصم في سن ما قبل المدرسة:-

ما من شك فيه أن لمرحلة ما قبل المدرسة أهمية فائقة للطفل العادي فما بالك لو كان ذلك الطفل معوقاً سمعياً، وبما أن والدي الطفل هما من يتعامل مع ذلك الطفل في هذه المرحلة لذلك فهم بحاجة توصيات خاصة للتغلب على مشكلتهم من جهة وتهيئة طفلهم إلى مرحلة المدرسة من جهة أخرى.

توصيات إلى والدي الطفل الأصم للتغلب على مشكلة ولادة طفل معّوق سمعياً لهم:

1- تقبل الحقيقة كون طفلهما أصم وهي مسألة قضاء وقدر.

2- مواجهة المسؤولية كأب وأم وبذل الجهد في العناية التامة وإظهار اهتمام خاص بالطفل.

3- إمنحي طفلك المزيد من الحنان وأحضنيه إلى صدرك فهذا الأسلوب الذي يفهمه من سن مبكرة.

4- الاتصال بطبيب الأنف والأذن والحنجرة لمعرفة مدى إمكانية العلاج.

5- يعتبر اللعب ضرورة تربوية تتم بواسطته عملية صقل مواهب الطفل وتزويده بالخبرات.

6- تشجيع إخوانه وأخواته للعب معه والسماح له بالإختلاط بالأطفال العاديين.

7- مشاركة الأم في الأعمال المنزلية والتحدث إليه ووصف كل ما تقوم به عن طريق الكلام.

8- اصطحاب الطفل الأصم عندما تقوم الأم أو يقوم الأب بزيارة الأقارب والجيران.

9- يستحسن تعليق صور ملونة مناسبة بالقرب من سريره كصور أفراد العائلة وأصدقاءه وأقاربه وصور من الشارع الذي يعيش فيه وصور الحيوانات التي يحبذها وتكتب تحتها كلمات أو جمل بسيطة.

10- يجب تشجيعه على أي مجهود كلامي يقوم به على ألا تصحح اخطاءه دفعة واحدة وإنما يكفي أن يقوم دائماً بإعادة ما يقوله بطريقة سليمة لغوياً وبسيطة التركيب.

توصيات لمعلمي مرحلة الروضة لكيفية التعامل مع الطفل المعوق سمعياً:-

ومما يتوجب على مدرسي هذه المرحلة التحدث بصفة دائمة مع هؤلاء الأطفال وهم ينظرون إلى وجوههم وهذا يسهم في تعليم هؤلاء الأطفال مهارات كثيرة منها مثل إدراك الطفل لاسمه وتعرّفه عليه ويجب تعليمه القفز والوقوف والمشي مع تمثيل بشكل عملي ولفظي (قف – أجلس – إمشي) وهذه تسهم في وضع حجر الأساس لبناء لغة الطفل. كما تسهم في وضع قوى الطفل على بداية الطريق لقراءة الشفاه.

ومن الأهداف الرئيسية التي يجب على معلمي مرحلة سن ما قبل المدرسة تحقيقها ما يلي:-

1- تزويد الطفل بخبرات في التعامل مع الآخرين. تتضمن المشاركة وانتظار دورة في اللعب (تزويده بخبرات التطبيع الاجتماعي).

2- تنمية قدرات الطفل اللغوية ومهاراته في الكلام وقراءة الشفاه.

3- مساعدة الطفل على الاستفادة بأقصى ما يمكنه من القدر المتبقي لديه من حاسة السمع وذلك من خلال استخدامه للوسائل السمعية المعينة ومكبرات الأصوات.

4- تنمية معرفته بمفاهيم الأعداد.

5- تنمية ميوله واستعداداته لقراءة بعض الكلمات والتعبيرات بحيث تنمي مهارات القراءة.

6- تعويد الطفل على الجلوس والإنصات مع الاستعانة بالمعين السمعي.

7- تمكين الطفل من التعرف على اسمه مكتوباً.

8- تدريبه على محاولة كتابة اسمه.

9- تنمية مهارات جيدة في التميز البصري بحيث يمكن تمييز وجوه الاختلاف والتشابه بين ما يراه من صور وأشياء بحيث يتعرف على النواحي العامة منها أولاً ثم على النواحي الدقيقة وهذه هامة بالنسبة للطفل الأصم نظراً لأنه لا بد أن يعتمد على بصره في تلقي معلومات كثيرة.

10- تنمية مهارات التناسق الحركي البصري. فتناسق اليد مع العين يعتبر هاماً في كثير من مجالات الحياة كمهارات الحياة اليومية. (Martin &Clark, 1996)(Ysseldyke & Algozzine, 1995)

الصعوبات التي يواجهها الطفل المعوق سمعياً عند إلتحاقه بالمدرسة

عندما يلتحق الطفل الأصم بالمدرسة تجابهه صعوبات كثيرة تؤذيه وتضايقه، وتجعله ينفر من المدرسة في أول عهده بها، والواجب أن تراعي هذه الحالة بأن يهيأ نفسياً لذلك، وخاصة أنه سيبتعد عن أسرته فترة من الوقت، ومن تلك الصعوبات:-

1- خلو ذهنه من الخبرات الذي يحظى بها الطفل العادي عن أسمه وأسماء والديه وأخوته وأقاربه، وأسماء الأشياء التي يستعملها وأسماء الأدوات ومحتويات الفصل التي تبدو له غريبة غير مألوفة.

2- عدم التآزر بين السمع المفقود والبصر الموجود، فالصور التي يراها لا معنى لها، وليس لديه تفسير لها، ولا يعرف أين يضعها من المحسوسات الأخرى.

3- معيشته في عالم من السكون تجعله لا يتصور وجود عالم تكوّن الأصوات عناصر هامة في تكوينه وضرورية للتعامل معه.

4- خوفه من الآخرين لأنه لا يفهمهم، ولا يفهمونه، وعدم قدرته على التجاوب معهم والاشتراك الإيجابي في نشاطهم.

5- اقتصار خبرته على المحسوسات الجزئية المرتبطة ببعض حواسه السليمة وبحياته العملية اليومية الصامتة.

6- نقص القدرة على إدراك الرموز والمعاني الكلية مثل خانات الأعداد والنسبة المئوية لأنها ليس لها مكان في حياته الحسية والذهنية. (عبد الرحيم، 1996).

إرشادات عامة للتعامل مع الطفل المعوق سمعياً:-

1- التأكد من أن الطفل المعوق سمعياً ينظر إلى وجه المتكلم ويستمع إليه جيداً والتحدث معه عن قرب.

2- التكلم أمامه بطريقة واضحة ومفهومه وليس بصوت مرتفع.

3- تخصيص ساعة يومياً على الأقل للعب مع الطفل المعوق سمعياً والتحدث معه عن أي شيء يحبه ويهتم به وبدون مقاطعته من أحد.

4- مساعدة الطفل المعوق سمعياً على تطوير لغته وعدم إجباره على الكلام.

5- عدم وجود مؤثرات صوتية كالتلفزيون والموسيقى والضجيج عند التحدث مع الطفل المعاق سمعياً.

6- قراءة الكتب التي يحبها الطفل المعاق سمعياً والتي تكون مليئة بالصور المفيدة.

7- محاولات دائمة لتعليم الطفل المعوق سمعياً كلمات جديدة وفي مواقف طبيعية.

8- إستغلال البقايا السمعية لديه مهما كانت قليلة. (القمش، 2000،ص: 166).

9- استخدام الحديث وجهاً لوجه قدر الإمكان.

10- شجع الطفل الأصم على القيام بالأنشطة المستقبلية وعلّمه المهارات الاجتماعية. (Smith, 2001).

مـراجــع الفصل الثالث

المراجع العربية

- الروسان: فاروق (2001) **سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)**، الطبعة الخامسة دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

- الروسان، فاروق (1994)، **رعاية ذوي الحاجات الخاصة**، منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان - الأردن.

- الزريقات، إبراهيم (2003)، **الإعاقة السمعية**، الطبعة الأولى، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

- عبد الرحيم، عبد المجيد (1996)، **تنمية الأطفال المعاقين**، الطبعة الأولى، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

- القريوتي، يوسف، السرطاوي عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995). **المدخل إلى التربية الخاصة**، مكتبة الفلاح، العين، الإمارات العربية المتحدة.

- القمش، مصطفى (2000)، **الإعاقة السمعية واضطرابات النطق والكلام**، الطبعة الأولى دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

- المط، محمد (1989)، **الجسم البشري** ، مؤسسة الرسالة، بيروت.

-المراجع الأجنبية

-Giolas, T., (1994),**Aural Rehabilitation of Adults with hearing impairment,** 2nd (ed) Hard book of clinical audiology, Baltimore: Williams &Wilkins.

-Hallahan. D. &Kauffman. J, (1994), **Exceptional children; Introduction To Special Education,** Allyn &Bacon: Boston.

-Kirk, S. A., &Gallagher, J.J (1982), **Educating exceptional children.** (2nd, ed) Houghton Mifflin company: Boston.

-Lerner, J. (2000),**Learing Disabilities: Theories, Diagnosis, &Teaching Strategies,** Houghton Mifflin: Boston.

-Northern, J. &Downs. P (2002),**Hearing In childern,** Lippincoitt Williams &Wilkins: Philadelphia.

-Smith, D., (2001), **Introduction to Special education;** Teaching In an age of Challenge, of challenge, Allyn &Bacon: Boston.

-Stach, B., (1998), **Clinical Audiology,** Singular Publishing groub Inc: San Diego.

-Yellin, M &Roland, P. (1997), **Special auditory** /vestibular testing. In: Roland et. al. (eds) Hearing Loss, Thieme: New york.

-Ysseldyke, J. &Algozzine, (1990), **Special Education: Apractical approach for teachers.** Houghton Mifflin company: Boston.



الفصل الرابع

الإعاقة البصرية

(Visual Impairment)



الإعاقة البصرية

(Visual Impairment)

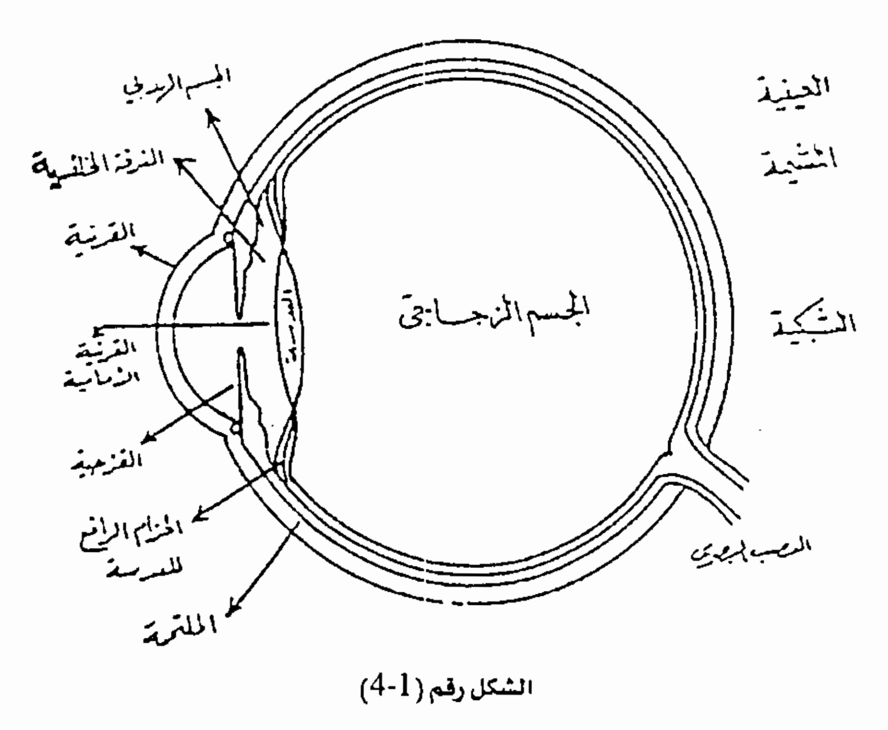
أهمية حاسة البصر

لا شك أن حاسة البصر من أهم حواس الإنسان على الإطلاق، حيث إن الحرمان من حاسة البصر يفقد الطفل معظم خبراته اليومية المتعلقة بالصورة واللون والشكل، ويحرمه من تكوين الصور الذهنية عن معظم الأشياء في البيئة. وكما هو معلوم فإن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء وخزنها واستدعائها عند الحاجة تعتبر من أهم مقومات عملية التعلم. ولهذا نجد كتب ومناهج رياض الأطفال والصفوف الابتدائية الأولى تركز على الصورة بشكل أساسي. إن (85%) مما يتعلمه الإنسان من معرفة يأتي عن طريق حاسة البصر.

والفرد الذي يعاني من مشاكل بصرية، تصبح فرصته المتاحة للتواصل مع البيئة والتعلم العرضي أقل بكثير من أقرانه المبصرين. ومع أن الفرد في هذه الحالة يعوض عن فقدان حاسة البصر بحاستي السمع واللمس، لكن التعويض لا يكفي ولا يكون بديلاً تماماً عن حاسة البصر. إن الحرمان من حاسة البصر في النهاية، يحرم الفرد من معظم خبراته الحياتية المتعلقة باللون، والشكل، ومن تكوين الصور الذهنية عن الأشياء. وبالتالي مشكلات في التعلم. وبالإضافة إلى ذلك فإن الحرمان من حاسة البصر أو ضعفها تحد من قدرة الفرد المصاب على الاستفادة من المادة المكتوبة من جهة، وتقلص قدرته على الانتقال والمشاركة والتفاعل في النشاطات المدرسية المختلفة من جهة أخرى.

الجهاز البصري (أجزاء العين)

يتسم الجهاز البصري للإنسان بدرجة عالية من التعقيد، ويتطلب تخصصاً دقيقاً للإحاطة بكامل تفصيلاته وآلية عمله. وبوجه عام فإن الجهاز البصري يتألف من العين التي تقوم باستقبال الأشعة الصادرة عن الأجسام المبعثرة ونقل الصور المبصرة على شكل ومضات كهربائية إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها. والعين كروية الشكل تكمن في محجرها داخل الجمجمة لحمايتها من المؤثرات والصدمات الخارجية. وتتألف العين من الأجزاء الأساسية التالية: (أنظر الشكل 4-1). (Hallahan &Kauffman, 1991).



الشكل رقم (4-1)

- جفنا العين: وهما الجفن العلوي والسفلي، ووظيفتهما حماية العين من المؤثرات الخارجية.
- الملتحمة: وهي عبارة عن غشاء يبطن العين وكرة العين نفسها.
- القرنية: هي عبارة عن غشاء شفاف يغلف الجزء الأمامي من مقدمة العين، وتقوم القرنية بكسر الضوء بهدف تركيزه على الشبكة.
- الصلبة: وهي الجزء الصلب الأبيض اللون الذي يكسو العين ويحمي أجزاءها الداخلية.
- القزحية: وهي عبارة عن الغشاء الملون المستدير خلف القرنية والذي يعطي العين لونها المميز. ويوجد في وسط القزحية فتحة صغيرة تسمى البؤبؤ. وتقوم القزحية بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين عن طريق التحكم في حجم البؤبؤ.
- السائل المائي: وهي عبارة عن سائل مائي يوجد بين العدسة والقرنية ويقوم بتغذيتها، كما أنه يساعد في تركيز الضوء الداخل إلى العين على الشبكة، حيث إن الشعاع الضوئي عندما يمر في هذا الوسط المائي يتعرض للإنكسار.
- العدسة: وهي عبارة عن نسيج شفاف محدب يقع خلف القزحية وتقوم العدسة بدور مهم جداً في تركيز الضوء على الشبكية.

- السائل الزجاجي: وهو عبارة عن سائل هلامي يملأ تجويف العين خلف العدسة ينكسر الضوء عندما يمر من خلاله ليتم تركيزه على الشبكية. هذا، ويمكن القول أن كلاً من القرنية والسائل المائي والعدسة، والسائل الزجاجي تقوم بتنسيق وظائفها بحيث تعرّض الشعاع الضوئي لعمليات إنكسار مختلفة، حتى يتم تركيزه على شبكية العين. ومن هنا يصطلح البعض على تسمية هذه الأجزاء بالتركيبات الإنكسارية (Refractive Structures).

- الشبكية: هي عبارة عن نسيج حساس للضوء، يغلف الجزء الخلفي للعين من الداخل، وتقوم مقام الفيلم في كاميرا التصوير. إلا أن الصور لا تنطبع على الشبكيّة، كما هي الحال في الفيلم بل يتم نقلها إلى الدماغ عن طريق العصب البصري.

- العصب البصري: يتكون العصب البصري من خلايا عصبية، وتتلخص وظيفته في نقل الإشارات والإحساسات البصرية من الشبكية إلى مناطق الإبصار في الدماغ. وكما يلاحظ فإن وظيفة الشبكية والعصب البصري هي استقبال الإثارة الضوئية ونقلها إلى الدماغ الذي يقوم بإدراكها وتفسيرها، ولذا يشار إلى الشبكية والعصب البصري على أنهما التركيبات المستقبلية (Receptive Structures).

- عضلات العين: إن بعض هذه العضلات خارجية تتحكم بحركة كرة العين إلى الأعلى والأسفل والجانبين، وهي عبارة عن ستة عضلات تعمل بتناسق، ويتحكم الإنسان فيها بشكل مناسب ومن هنا يأتي تحكمنا في حركة كرة العين. وفي بعض الحالات التي يحدث فيها خلل في الأداء الوظيفي لهذه العضلات فإننا نلاحظ اضطراباً في نشاط العين وفقدها، كحالات الحول أو التذبذب اللاإرداي لمقلة العين أو عدم وضوح الرؤيا بسبب عدم توازن عمل تلك العضلات، ويشار إلى هذه الحالة باسم العمش التعطلي (Amblyopia) أما العضلات الداخلية فهي التي تتحكم في شكل عدسة العين بدرجة تحدبها بشكل يضمن إنكسار الضوء على الشبكية. (القريوتي وآخرون، 1995) (Jose, 1983)

أما وظيفة العين فتشبه إلى حد ما طريقة عمل الكاميرا مع اختلاف كبير في درجة التعقيد، إذ أن العين بالغة التعقيد.

آليــة الإبصــار:

تحدث آلية الإبصار كما يلي:

يقع الشعاع المنبعث من جسم ما على العين، ويمر من خلاله القرنية حيث يتعرض لأول عملية إنكسار. ومن ثم يصل الضوء إلى البؤبؤ الذي يقوم بالتحكم في كمية الضوء الداخل إلى العين. ثم يصل الضوء إلى العدسة والتي تتغير درجة تحدبها تبعاً لكمية الضوء وخصائصه الأخرى، وتقوم العدسة بكسر الضوء بشكل يكفل تركيزه على شبكية العين، ويمر الشعاع الضوئي عبر السائل الزجاجي الذي يعمل أيضاً على انكسار الضوء وتركيزه على الشبكية، وتتكون صورة الجسم المبصر على الشبكية، ويتم نقلها عن طريق الألياف العصبية إلى العصب البصري الذي ينقلها إلى مراكز الإبصار في الدماغ.(Jose, 1983).

تعريف الإعاقة البصرية

لقد ظهرت العديد من التعريفات للإعاقة البصرية، أهمها:

1- التعريف القانوني (Legal Definition):- لقد ظهر التعريف القانوني للإعاقة البصرية قبل ظهور التعريف التربوي ويشير التعريف القانوني للإعاقة البصرية على أن الشخص الكفيف، من وجهة نظر الأطباء هو ذلك الشخص الذي لا تزيد حدة إبصاره (Visual Acuity)عن 200/20 قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية، وتفسير ذلك أن الجسم الذي يراه الشخص العادي في إبصاره على مسافة مائتي قدم، يجب أن يقرب إلى مسافة 20 قدم حتى يراه الشخص الذي يعتبر كفيفاً حسب هذاالتعريف.

2- التعريف التربوي (Educational Definition):- أما التعريف التربوي فيشير إلى أن الشخص الكفيف هو ذلك الشخص الذي لا يستطيع أن يقرأ أو يكتب إلا بطريقة بريل (Braille Method) (الروسان،2001، ص: 151). كذلك وضعت باراجا (Paraga 1976) تعريفاً تربوياً للمعاق بصرياً يقول:- "إن الطفل المعاق بصرياً هو الذي تحول إعاقته دون تعلمه بالوسائل العادية، لذلك فهو بحاجة إلى تعديلات في المواد التعليمية وفي أساليب التدريس وفي البيئة المدرسية.

3- التعريف الوظيفي:- وقد إقترح هذا التعريف العالم هارلي (Harly, 1971) ويشير إلى أن الكفيف من الناحية التعليمية هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة بريل.

نسبة الإعاقة البصرية

تعتبر الإعاقة البصرية من الإعاقات قليلة الحدوث مقارنة بفئات الإعاقة الأخرى ففي الولايات المتحدة الأمريكية يقدر مكتب التربية نسبة المعوقين بصرياً حوالي (1%) من مجموع السكان وتشكل الإعاقة البصرية ما نسبته (5%) من فئات التربية الخاصة المختلفة. (Demott, 1982).

تصنيف الإعاقة البصرية

يصنف المعاقون بصرياً ضمن مجموعتين رئيستين:

الأولى: مجموعة المعاقون بصرياً كلياً (Totally Blind)

وهي تلك المجموعة التي ينطبق عليها التعريف القانوني والتربوي للإعاقة البصرية.

الثانية: مجموعة المعاقون بصرياً جزئياً (Bartially Sighted)

وهي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقرأ الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أي وسيلة تكبير، وتتراوح حدة إبصار هذه المجموعة ما بين 20/70 إلى 20/200 قدم في أحسن العينين أو حتى في استعمال النظارة الطبية. (الروسان، 1994، ص: 309).

وهناك تصنيف يستند إلى تأثير الإعاقة البصرية على الأنشطة الحسية وخبرات التذكر، وحسب ذلك التصنيف يمكن أن نميّز الدرجات المختلفة التالية من الإعاقة البصرية:

1- فقد بصر تام ولادي أو مكتسب يحدث بعد سن الخامسة.

2- فقد بصر تام مكتسب بعد سن الخامسة.

3- فقد بصر جزئي ولادي.

4- فقد بصر جزئي مكتسب.

5- ضعف بصر ولادي.

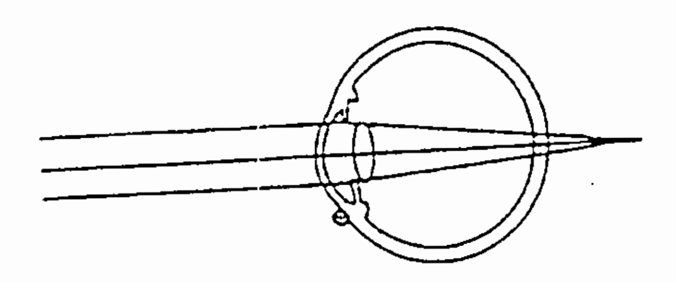
6- ضعف بصر مكتسب. (Hallahan &Kauffman, 1991).

أشكال ضعف البصر (مظاهر الإعاقة البصرية):-

هنالك العديد من مظاهر وأشكال الإعاقة البصرية وأكثرها إنتشاراً ما يلي:-

1- طول النظر:

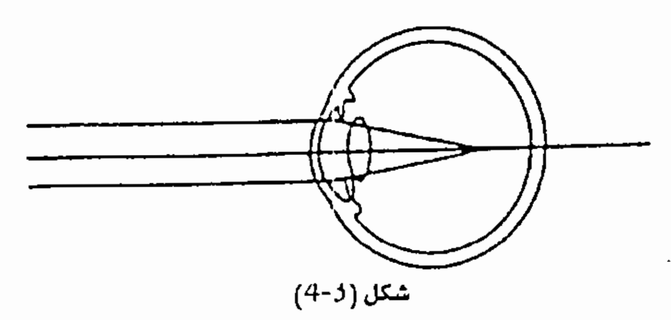
حيث يعاني الفرد من صعوبة في رؤية الأجسام القريبة، بينما تكون قدرته على رؤية الأجسام البعيدة عادية، ويعود السبب في طول النظر إلى قصر عمق كرة العين. بحيث تكون نقطة تمركز الشعاع المنكسر خلف الشبكية. وبذلك لا تتكون الصور للأشياء القريبة. أما الأشياء البعيدة فيمكن رؤيتها بسهولة. لذلك نجد الطالب الذي يعاني من طول في النظر أثناء القراءة يميل إلى وضع الكتاب أمامه على مسافة أبعد من بقية الطلبة. ويمثل الشكل (2-4) حالة طول النظر.



شكل (2-4)

2- قصر البصر :(Myopia)

وهي حالة عكس طول النظر. حيث إن الفرد يواجه صعوبة في رؤية الأجسام البعيدة بوضوح، بينما لا يواجه مشكلة في رؤية الأجسام القريبة. وتكمن المشكلة في أن عمق كرة العين من المقدمة للخلف يكون كبيراً مما يجعل الشعاع الساقط من المرئية ينكسر ليتجمع خارج الشبكية (أنظر الشكل 3-4).



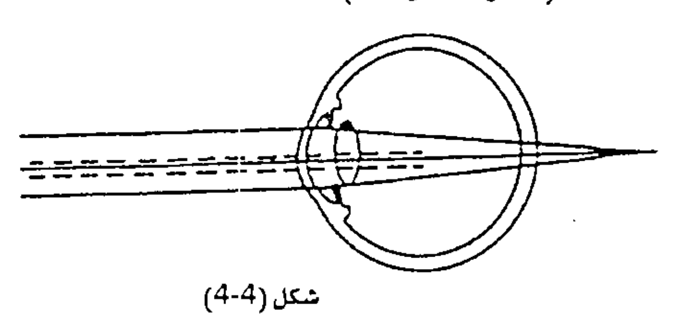
شكل (3-4)

وعلى عكس زملائهم الآخرين نجد أن الطلبة الذين يعانون من قصر النظر يقربون المادة المقروءة من أعينهم بشكل غير مألوف.

على أية حال فإن حالات طول النظر وقصر النظر والتي تعتبر من أكثر الصعوبات البصرية شيوعاً يمكن التغلب عليها باستخدام انتظارات والعدسات اللاصقة.

3- اللابؤرية :(Astigmatism)

وتحدث هذه الحالة نتيجة عيوب أو عدم انتظام في شكل القرنية أو العدسة مما يؤدي إلى عدم انتظام في انكسار الضوء الساقط عليهما، حيث يتشتت الضوء بشكل يؤدي إلى عدم وضوح الصورة. وفي معظم الحالات يمكن علاج هذه الحالة عن طريقة الجراحة أو العدسات اللاصقة (أنظر الشكل 4-4).



شكل (4-4)

4- الجلاكوما :(Glaucoma)

أو ما يشار له عادة (الماء الأزرق) وهي حالة تنتج عن ازدياد في إفراز السائل المائي (الرطوبة المائية)، داخل العين مما يؤدي إلى ارتفاع الضغط داخل العين، والضغط على العصب البصري الذي ينتج عنه ضعف البصر.

وإذا لم تكتشف هذه الحالة مبكراً وتعالج فإن الضغط قد يتطور إلى الحد الذي يمنع وصول الدم إلى العصب البصري مما يؤدي إلى تلفه والإصابة بكف كلي للبصر. وتتمثل أعراض هذه الحالة بالفقدان التدريجي لقوة الإبصار، وألم في العين وصداع، وتخف مواجهة الضوء، وتكون هالات ملونة حول الأضواء. وعلى الرغم من أن الجلاكوما تشيع في الغالب بين كبار السن إلا أن هنالك الجلاكوما الخلفية التي يمكن أن تكون وراثية، أو نتيجة تعرض الحامل لبعض أنواع العدوى كالحصبة الألمانية.

5- عتامة عدسة العين:(Cataract)

ويشار لها في أحيان كثيرة باسم (الماء الأبيض) أو (الساد). وينتج عتامة عدسة العين عن تصلب الألياف البروتينية المكونة للعدسة مما يفقدها شفافيتها. والغالبية العظمى من

الحالات تحدث في الأعمار المتقدمة. ويشير الأطباء إلى أن (75%) من المصابين بعتامة عدسة العين تحدث بعد سن (65سنة). وهذا لا يعني عدم تعرض الأطفال للإصابة به. إذ أن هنالك حالات من الماء الأبيض الخلقي أو حالات تنتج عن ضربة شديدة للعين، أو تعرض العين للمواد الكيماوية السامة، أو الحرارة الشديدة.

وتتلخص أعراض عتامة عدسة العين، بعدم وضوح الرؤية والإحساس بان هنالك غشاوة على العينين مما يؤدي إلى الرمش المتكرر أو رؤية الأشياء وكأنها تميل إلى اللون الأصفر.

ومن أبرز الأعراض أيضاً الحساسية الزائدة للضوء والوهج وتغير لون بؤبؤ العين.

ويتم علاج الماء الأبيض عن طريق الجراحة حيث تستأصل العدسة ويزرع مكانها عدسة بلاستيكية. أو تستخدم العدسات اللاصقة أو النظارات.

6- الحول: (Strabismu):

وهو إختلال في وضع العين أو إحداهما. مما يؤدي إلى صعوبة في رؤيه بالإضافة إلى إرهاق للعين، أو قد يكون الحول عرضاً من أعراض حالات اكثر خطورة كأمراض الشبكية.

7- انفصال الشبكية:(Retinal Detachment):

وهو إنفصال الشبكية عن جدار مقلة العين بسبب حدوث ثقب في الشبكية مما يسمح للسائل بالتجمع، ومن ثم ينتهي بانفصال الشبكية عن الأجزاء التي تصل بها. وبسبب انفصال الشبكية، يشعر الفرد بضعف في مجال الرؤية والآم شديدة.

8- توسع الحدقة: (Aniridia):

ويحدث بسبب تشوه ولادي، تتسع فيه الحدقة نتيجة لعدم تطور القزحية. يشعر الفرد بسببها بحساسية مفرطة للضوء وضعف بصر.

9- تنكس الحفيرة:(Macular Degeneration):

خلل في الشبكية يحدث فيه تلف في الأوعية الدموية في منطقة الحفيرة، يسبب صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة، والأشياء القريبة، وفقدان بصر مركزي.

10- البهق: (Albinism):

يحدث نتيجة قلة أو انعدام الصبغة، مما يؤدي إلى عدم امتصاص الضوء الذي يأتي إلى الشبكية. وسبب البهق هو خلل في البناء بحيث يكون جلد الشخص وشعره أبيضاً

وعيناه زرقاوتين. والقزحية تكون شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين لذلك تكون لدى الشخص حساسية مفرطة للضوء.

11- الرأرأة:(Nystagmus)

وهي عبارة عن حركات لا إرادية سريعة في العين، مما يجعل من الصعب على الفرد التركيز على الموضوع المرئي. وغالباً ما تربط هذه الحالة بوجود خلل في الدماغ.

12- التهاب الشبكية الصباغي :(Retinitis Pigmentosa)

يحدث تلف في العصي في الشبكية بشكل تدريجي، وهو مرض وراثي يصيب الذكور بنسبة أعلى من الإناث، ونتيجة لذلك، يحدث لدى الفرد عمى ليلي ثم يصبح مجال الرؤية محدوداً بالتدريج. (Warren, 1984) (الصمادي وآخرون، 2003).

أسباب الإعاقة البصرية:-

يمكن تلخيص مجمل أسباب الإعاقة البصرية فيما يلي:-

1- الأسباب الخلقية: وهي انعكاس للعوامل الوراثية أو العوامل تتعرض لها الأم الحامل فتؤثر على الجهاز البصري للجنين. ويشير تشابمان وآخرون(Chapman, et. al, 1988) إلى أن حوالي (64%) من الصعوبات البصرية المختلفة لأطفال المدارس هي نتيجة لعوامل ما قبل الولادة والجزء الأكبر فيها يعود لعوامل وراثية كمرض تحلل الشبكية والتشوهات الخلقية وأمراض القزحية والماء الأبيض الوراثي، وحالات المهاق والحصبة الألمانية والهربس.

2- الأمراض التي تصيب العين وأهمها التراخوما والرمد الحبيبي والماء الأبيض والماء الأزرق والسكري، ولقد سبقت الإشارة إلى مرض الماء الأبيض، أما بالنسبة للتراخوما فهي واحد من الأمراض المعدية المنتشرة في منطقة الشرق الأوسط وأفريقيا. حيث الأجواء الجافة والمغبرة التي تعتبر مناخاً ملائماً لانتشار جرثومة المرض كما أن تدني مستوى النظافة والوعي الصحي يسهم بشكل مباشر في انتشاره. يصيب التراخوما (الملتحمة) ويؤدي على جفافها والتفاف جفون العين للداخل، مما يؤدي إلى جروح في القرنية ينتج عنها صعوبات بصرية أو كف كلي للبصر في الحالات الحادة التي لا تعالج مبكراً.

3- الإصابات التي تتعرض لها العين كالصدمات الشديدة للرأس التي قد تؤدي إلى انفصال

الشبكية أو تلف في العصب البصري أو إصابة العين بأجسام حادة. أو تعرض الأطفال غير مكتملي النمو إلى كميات عالية من الأوكسجين في الحاضنات مما يؤدي إلى تلف الشبكية.

4-الإهمال في معالجة بعض الصعوبات البصرية البسيطة مما يؤدي إلى آثار جانبية وتطور هذه الصعوبات إلى درجة أشد كما هو الحال في حالات طول البصر وقصر البصر والحول والماء الزرقاء والبيضاء. (القريوتي وآخرون، 1995).

تشخيص الإعاقة البصرية

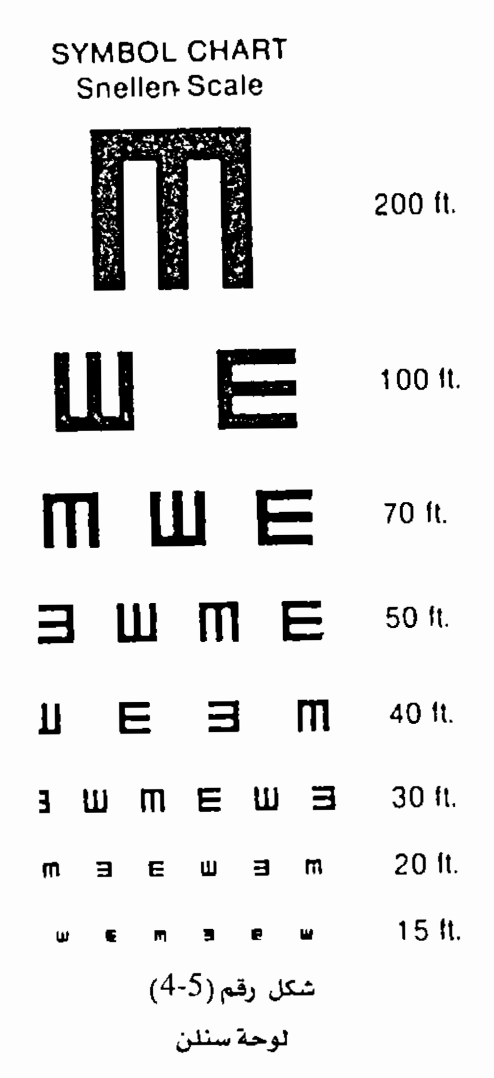
يتضمن تشخيص الإعاقة البصرية جانبين أساسيين هما:

أ- الجانب الطبي:-

حيث يتم عادة تشخيص الإعاقة البصرية من قبل الأطباء والمختصين في فحص النظر عن طريق قياس حدة النظر ومجال الرؤية، وذلك من أجل تحديد درجة الصعوبة.

ولقياس حدة الرؤية. يتم عادة استخدام لوحة سنلن(Senllen Chart). وهي لوحة تحتوي على عدة أسطر من الحروف، أو الأشكال، تتناقص في حجمها من الأعلى، إلى الأسفل. تبعاً لنسبة مسافة الفحص وهي عادة (6) متر. ويتم الطلب من الفرد المراد قياس بصره أن يتعرف على الحرف أو الشكل وأي حجم يمكن له قراءته. وعادة يتم استخدام الحروف ولكن الأفراد الذين لا يستطيعون القراءة يتم استخدام حرف (E)أو (C)لمعرفة اتجاه الفتحات.

أما لقياس مجال الرؤية فيطلب من الفرد الجلوس مقابل الفاحص تماماً ويطلب منه أن يغطي عيناً وينظر بالعين الأخرى، فيوجه الفاحص، ويعرض على الفرد مثير جانبي يطلب من الفرد التعرف عليه. ويوضح الشكل رقم (5-4) لوحة سنلن.



شكل رقم (5-4)

لوحة سنلن

2- التقييم النفسي:

حيث يحتاج الفرد المعاق بصرياً إلى تقييم نفسي وذلك من أجل تحديد نقاط القوة ونقاط الضعف لديه لتحديد احتياجاته التربوية الخاصة، من أجل تحديد البرنامج التربوي والبديل التربوي المناسب له. هذا وتجدر الإشارة إلى أن الكشف والتدخل العلاجي المبكر يعتبر ذا أهمية خاصة من الناحية التربوية في العمل مع ذوي الإعاقة البصرية، وبينما يكون من السهل اكتشاف حالات الإعاقة البصرية الحادة فإن الكشف عن الإعاقة البصرية الأقل حدّة يتطلب اهتماماً من أولياء الأمور والمعلمين، وفيما يلي عرض لأهم المظاهر السلوكية التي تدل على إحتمال وجود إعاقة بصرية:-

1- إحمرار العين المتكرر والمستمر.

2-كثرة الإدماع ووجود إفرازات غير طبيعية في العين.

3- وجود عيوب واضحة في شكل العين ومظهرها.

4- حركة زائدة في العين، وصعوبة في التركيز.

5- الحملقة عند النظر إلى شيء معين.

6- وضع غير طبيعي للرأس عند القراءة أو الكتابة.

7- تقريب المادة المقروءة، أو أبعادها بشكل واضح.

8- فرك العين عند محاولة تمييز الأشياء.

9- التعثر والاصطدام بالأشياء أثناء المشي، أو الحذر الشديد.

10- صعوبة التمييز بين الألوان المختلفة.

11- تكرار الشكوى من الصداع.

12- كثرة الأخطاء في القراءة والكتابة فيما يتعلق بالحروف أو الكلمات المتشابهة.

13- إظهار صعوبة في إلتقاف الكرة.

14- صعوبات حركية (Hallaham &Kauffman, 1991).

خصائص المعوقين بصرياً

مما لا شك فيه أن معرفة خصائص الأفراد المعوقين بصرياً أمر ضروري للمعلمين ولأولياء الأمور وذلك من أجل التوصل إلى أفضل الطرق والأساليب للتعامل معهم بفاعلية. وهنا تجدر الإشارة إلى أن المعوقين بصرياً هم كغيرهم من الأفراد ليسوا مجموعة متجانسة. إذ أن بينهم فروقاً فردية، ويختلفون في خصائصهم واحتياجاتهم تبعاً لطبيعة الصعوبة البصرية ودرجتها، والسن التي حدثت فيها.

وفيما يلي عرض لأبرز الخصائص المميزة للمعوقين بصرياً كمجموعة، كما أظهرتها نتائج الدراسات المختلفة والملاحظات الإكلينيكية:

أولاً:- الخصائص الجسمية:

يترتب على الإعاقة البصرية المختلفة آثار غير مباشرة على بعض الخصائص الجسمية

والحركية. ففي حين نجد النمو الجسمي في الطول والوزن يسير على نحو لا يختلف عن نمو الأطفال المبصرين، فإن بعض القصور في مهارات التناسق الحركي والتآزر العضلي نتيجة لمحدودية فرص النشاط الحركي المتاح من جهة ونتيجة للحرمان من فرص التقليد للكثير من المهارات الحركية كالقفز والجري والتمارين الحركية. ونظراً لإحجام معظم المعوقين بصرياً عن المشاركة في الألعاب التي تتطلب سرعة في الأداء واستخداماً للعضلات الكبيرة كمسابقات الجري أو كرة القدم فإنهم يتعرضون إلى خلل في توازن استهلاك الطاقة وقد يكون فيما سبق تفسير لظاهرة السمنة في أوساط المكفوفين، وهذا القصور في المهارات الحركية لدى المعاقين بصرياً يرجع إلى الأسباب التالية:-

1- نقص الخبرات البيئية والذي ينتج عن:

أ- محدودية الحركة.

ب- نقص المعرفة بمكونات البيئة.

ج- نقص في المفاهيم والعلاقات المكانية التي يستخدمها المبصرون.

د- القصور في تناسق الإحساس الحركي.

هـ- القصور في التناسق العام.

و- فقدان الحافز للمغامرة.

2- عدم القدرة على المحاكاة والتقليد.

3- قلة الفرص المتاحة لتدريب المهارات الحركية.

4- الحماية الزائدة من جانب أولياء الأمور والتي تعيق الطفل عن إكتساب خبرات حركية مبكرة.

5- درجة الإبصار، حيث تتيح القدرة على الإبصار للطفل فرصة النظر إلى الأشياء الموجودة في بيئته والتعرف على أشكالها وألوانها وحركتها مما يؤدي إلى جذب وإثارة اهتمامه بها فيدفعه هذا إلى التحرك نحوها للوصول إليها، فيساعد ذلك على تنمية وتدريب مهاراته الحركية في وقت مبكر، أما في حالة الطفل المعاق بصرياً فإن عدم رؤيته للأشياء الموجودة في بيئته يحد من حركته الذاتية بإتجاه الأشياء وذلك لغياب الإستثارة البصرية. (سيسالم، 1988).

وعليه ينصح الأهل والمعلمون بتوجيه درجة مناسبة من الاهتمام لتعليم المعاقين بصرياً الأنشطة الحركية المختلفة وتشجيعهم على مشاركة زملائهم في ألعابهم غير الخطرة. وعلى المدرسة أن تعمل على توفير الأنشطة الرياضية المعدلة بحيث تتيح للمعوقين بصرياً فرصاً أكبر للنشاط الحركي. كما يجب أن يهتم المنهاج المدرسي بتدريب المعوقين بصرياً على الانتقال في البيئة وسيتم تناول هذه النقطة لاحقاً.

ومن الخصائص المميزة للسلوك الحركي لدى المكفوفين ما يعرف بالسلوك الحركي النمطي اللزمات الحركية (Stereotypic Behaviors)من مثل الحركة المستمرة بالجزء العلوي من الجسم إلى الأمام والخلف (Rocking)، أو استمرار فرك العينين. أو اللعب بالأصابع، أو ضرب الركبتين ببعضهما أثناء الجلوس وما شابه ذلك من حركات. وفي السابق كان يعتقد أن مثل هذا السلوك النمطي يقتصر ظهوره في أوساط المعوقين بصرياً لكنه في الحقيقة يظهر أيضاً لدى المعاقين عقلياً والأفراد الذين يعانون من مشكلات سلوكية. (القريوتي وآخرون، 1995).

ثانياً: الخصائص العقلية "المعرفية"

لا يكون تأثير الإعاقة البصرية على النمو المعرفي واضحاً في الأشهر الأولى من العمر، ولكن مع تقدم العمر وتطور الحاجة إلى معرفة البيئة المحيطة يتكون لدى الطفل صعوبة في عمليتي التمثل والمواءمة، وذلك بسبب محدودية الخبرات البيئية. يجد الطفل المعوق بصرياً صعوبة في الوصول إلى الأشياء الصغيرة جداً والكبيرة جداً وكذلك الأشياء البعيدة، بالإضافة إلى صعوبات في مفهوم اللون والعلاقات المكانية ومفهوم الوقت والمسافة.

وفيما يتعلق بالقدرة العقلية لدى الأفراد المعوقين بصرياً، فإنه لا بد من الإشارة أن هناك صعوبة في قياس ذكاء هؤلاء الأفراد بدقة، إذ أن معظم إختبارات الذكاء لا يمكن تطبيقها عليهم بسبب عدم ملاءمتها، وعدم دقتها، لأن الإختبارات المتوافرة قننت واشتقت معاييرها على الأفراد المبصرين. إن بعض الفاحصين يستخدمون الجانب اللفظي في مقاييس الذكاء المشهورة كاختبار وكسلر للتعرف على ذكاء المعوقين بصرياً. وتشير كثير من الدراسات إلى أنه لا يوجد فرق كبير بين ذكاء الأفراد المعوقين بصرياً والمبصرين.

هذا ويظهر الأفراد المعوقين بصرياً مشكلات في مجال إدراك المفاهيم، والتصنيف للموضوعات المجردة، على العكس من الانتباه السمعي والذاكرة السمعية التي يتفوقون

فيها. وتشير الدراسات إلى أن المعوقين بصرياً لديهم معلومات أقل عن البيئة وأقل قدرة على التخيل. والتأخر في تعلم المفاهيم مقارنة بالمبصرين.

يختلف درجة تأثير الإعاقة البصرية على النمو العقلي تبعاً لشدة الإعاقة. فضعف البصر الذي يسمح بدرجة ولو قليلة من الرؤية يؤدي إلى تغيرات ذات أهمية فيما يتعلق بالمعلومات المتوافرة للطفل المعوق بصرياً. على عكس كف البصر الذي يحرم الطفل من الحصول على المعلومات من البيئة. من هنا. فإن برامج المعوقين بصرياً في هذا المجال تركز على تشجيع ضعاف البصر. أو من لديهم رؤية متبقية. أن يتم استخدامها بأقصى درجة ممكنة. هذا بالإضافة إلى أن ردود فعل الأهل يمكن أن تسهم أيضاً في الحد من النمو العقلي. عن طريق الحماية الزائدة التي تمنع الطفل من القيام بسلوك مستقل للتعرف على البيئة. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 121-122).

ثالثاً:- الخصائص اللغوية

من المعروف أن حاسة السمع هي القناة الرئيسية لتعلم اللغة لذلك فإن تأثير الإعاقة البصرية على النمو اللغوي محدود. حيث أن ضعف حاسة البصر أو حتى فقدانها لا يعتبر من العوامل التي تحد من تعلم الطفل للغة أو فهم الكلام. إلا أن هناك بعض الخصائص اللغوية المرتبطة بالإعاقة البصرية. فعلى سبيل المثال تحد الإعاقة البصرية من قدرة الفرد على تعلّم الإيماءات والتعبيرات، كما أن نسبة شيوع المشكلات في اللفظ بين المعوقين بصرياً أعلى منها عند المبصرين نتيجةً لحرمانهم لملاحظة شفاه المتحدث لتعلّم النطق السليم.

إن الكثير من المعاقين بصرياً يعانون من بعض الاضطرابات في الكلام واللغة وذلك رغم ما أشار إليه لووينفلد (Lownfield)بعد مراجعته لمجموعة من الدراسات التي دارت حول هذا الموضوع من أن المعلومات عن ظاهرة اضطرابات اللغة والكلام لدى الأطفال المعاقين بصرياً، إنما هي مستقاه من عينات من الطلاب المعاقين بصرياً، المقيمين في المدارس الداخلية، وأن هؤلاء الطلاب لا يمكن أن يمثلوا فئات المعاقين بصرياً. ولهذا فإنه يجب أن نأخذ هذه الخصائص بحذر تام وأن لا نطلقها على جميع المعاقين بصرياً بكامل فئاتهم ودرجاتهم. ومن أهم أنواع اضطرابات اللغة والكلام التي يعانيها بعض المعاقين بصرياً والتي أجمعت عليها معظم الدراسات والبحوث في هذا الميدان ما يلي:-

- الاستبدال: هو استبدال صوت بصوت كاستبدال (ش) بـ (س) أو (ك) بـ (ق).

- التشويه أو التحريف: وهو استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تؤدي إلى تغيّر معناها وبالتالي عدم فهم ما يراد قوله.
- العلو: يتمثل في ارتفاع الصوت الذي قد لا يتوافق مع طبيعة الحدث الذي يتكلم عنه.
- عدم التغير في طبقة الصوت بحيث يسير الكلام على نبرة ووتيرة واحدة.
- قصور في الاتصال بالعين مع المتحدث والذي يتمثل بعدم التغيرات أو التحويل في اتجاهات الرأس عند متابعة الاستماع لشخص ما.
- القصور في استخدام الإيماءات والتعبيرات الوجهية والجسمية المصاحبة للكلام.
- ((اللفظية)) الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى، وينتج هذا عن القصور في الاستخدام الدقيق للكلمات أو الألفاظ الخاصة بموضوع ما أو فكرة معينة فيعمد إلى سرد مجموعة من الكلمات أو الألفاظ على يستطيع أن يوصل أو يوضح ما يريد قوله.
- قصور في التعبير، وينتج من القصور في الإدراك البصري لبعض المفاهيم أو العلاقات أو الأحداث وما يرتبط من قصور في استدعاء الدلالات اللفظية التي تعبر عنها. (سيسالم، 1988).

رابعاً:- الخصائص الاجتماعية والانفعالية

يتأثر التوافق الاجتماعي للمعوق بصرياً بفرص التفاعل الاجتماعي المتاحة من جهة ودرجة تقبل أو تكيف الفرد مع إعاقته من جهة أخرى، وتعتبر الاتجاهات الاجتماعية حيال المعوقين بصرياً وطبيعة التدريب الذي تلقاه المعوق بصرياً من العوامل الأساسية في إغناء فرص التفاعل الاجتماعي المتاحة. وفيما يتعلق بالاتجاهات الاجتماعية السائدة حيال المعوقين بصرياً في المجتمعات الغربية فهي متناقضة في نتائجها، ويصعب على المبصرين التعرف على المعوقين بصرياً عن كثب حتى يتوصلوا إلى درجة أكثر موضوعية عن قدراتهم وإمكاناتهم، أما فيما يتعلق بطبيعة التدريب الذي يتلقاه المعوق بصرياً الذين يتلقون خدمات تربوية في المدارس العادية أكثر توافقاً ممن يوضعوا في مدارس التربية الخاصة أو المدارس الداخلية.

إن التفاعل الاجتماعي في الحياة اليومية لا يقوم فقط على الاتصال اللفظي. وحتى الاتصال اللفظي نفسه يتضمن الكثير من المضامين الرمزية التي يعبر عنها بتغيرات الوجه والعيون والإشارات، والتي تضفي على التواصل اللفظي معنى وقيمة أكبر والمعوقون بصرياً

بحكم طبيعة إعاقتهم يواجهون قصوراً في مختلف أنماط ذلك التعبير الرمزي غير اللفظي.

أما من الناحية النفسية، فإن النمو النفسي للطفل المعوق بصرياً لا يختلف عن النمو النفسي لدى المبصر، والاضطرابات النفسية التي يتعرض لها الأفراد المعوقين بصرياً لا تختلف عن تلك التي يتعرض لها المبصرين، إلا أنهم أكثر عرضة للقلق لما يواجهونه من مشكلات حياتية مختلفة بسبب فقدان حاسة البصر، خصوصاً في مرحلة المراهقة نظراً لعدم وضوح مستقبله المهني والاجتماعي وما يواجهه من صعوبات في تحقيق درجة عالية من الاستقلالية، وهذا ويلعب الأهل دوراً هاماً في البناء النفسي السلبي لأبنائهم المعوقين بصرياً لذلك عليهم تجنب الحماية الزائدة للطفل المعاق بصرياً وتدريبه على القيام بالمهام المختلفة أسوة بأخوته المبصرين، وبعكس ذلك سوف يساهم الأهل في ظهور مشاكل لدى الطفل المعوق بصرياً من الناحيتين النفسية والاجتماعية.

خامساً:- الخصائص الأكاديمية

من المعروف أن الإعاقة البصرية تؤثر على الجوانب التربوية التعليمية للأفراد المصابين بها. ولكن بشكل عام لا يختلف المعوقون بصرياً عن أقرانهم العاديين فيما يتعلق بالقدره على التعلم والنجاح المدرسي، مقاساً بالاستفادة من المناهج وأساليب التدريس والوسائل التعليمية المستخدمة، لكي تتلاءم مع الحاجات التربوية الفردية لهم.

إن ضعف البصر أو كفه، يحد من قدرة الطالب على التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الطالب المبصر. إن درجة الإعاقة البصرية لها دور أساسي في تخطيط أي برنامج تعليمي، فالطالب الكفيف الذي سوف يعتمد على حاستي اللمس والسمع، يختلف في حاجاته وأساليب تدريسه عن الطالب الذي يعاني من ضعف في البصر ويستخدم الإبصار في عملية التعلم، وإنما يحتاج إلى وسائل معينة، كذلك السن التي حدثت فيه الإعاقة يجب أن تؤخذ بعين الإعتبار أيضاً. (Barraga, 1983).

البرامج التربوية للمعوقين بصرياً

يقصد بالبرامج التربوية للمعوقين بصرياً، طرق تنظيم تعليم وتربية المعاقين بصرياً، ويمكن أن نميّز في هذا المجال أكثر من طريقة من طرائق تنظيم البرامج التربوية، منها:

1- مراكز الإقامة الكاملة للمعوقين بصرياً.

2- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصرياً.

3- دمج المعوقين بصرياً في صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.

4- دمج المعوقين بصرياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

وتعتبر مراكز الإقامة الكاملة للمعاقين بصرياً، ومراكز التربية الخاصة النهارية للمعاقين بصرياً من أقدم البرامج التربوية للمعاقين بصرياً ويميل الاتجاه التربوي الحديث إلى دمج المعاقين بصرياً في الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

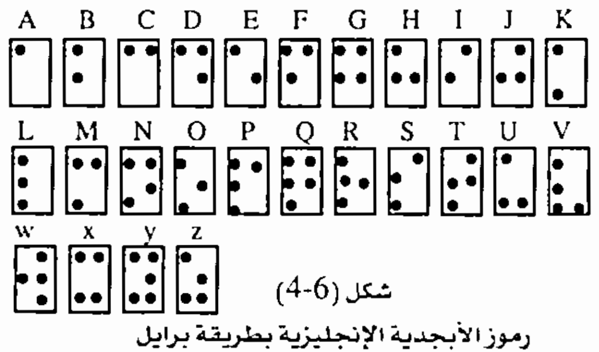
ومهما كان شكل تنظيم البرامج التربوية للمعوقين بصرياً، ومبرراته، فلا بد أن تتضمن البرامج التربوية للمعاقين بصرياً، تعليم وتدريب المعوقين بصرياً على عدد من المهارات الأساسية في تعليمهم مثل مهارة الحركة (Mobility)ومهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل (Braille Method)ومهارة القراءة بطريقة الأوبتكون (Opticon)ومهارة إجراء العمليات الحسابية بطريقة العداد الحسابي (Abacus)ومهارة الاستماع (Listening Skills) ومهارة استعمال ما تبقى من القدرة البصرية (Remaining Sight)وفي البند اللاحق شرح مفصل لهذه الاحتياجات والمهارات.

الاحتياجات التربوية للمعوقين بصرياً

يمكن تلخيص أبرز الاحتياجات التربوية الخاصة بالأفراد المعوقين بصرياً بما يلي:

أولاً: مهارة القراءة والكتابة بطريقة برايل:-

طريقة برايل (Braille)عبارة عن نظام كتابة الحروف عن طريق النقط النافرة. وسميت هذه الطريقة باسم مبتكرها الفرنسي لويس برايل. تتم الكتابة بطريقة برايل عن طريق خلية من ستة نقاط تشير إلى حرف ما حسب النقط النافرة من تلك الخليّة. فعلى سبيل المثال يشير الشكل (4-6) إلى رموز الأبجدية الإنجليزية، بطريقة برايل. كما يشير الشكل (4-7) إلى رموز الأبجدية العربية بطريقة برايل، ويشير الشكل (4-8) إلى لوحة الأرقام، ويشير الشكل (4-9) إلى خلية طريقة برايل (1).



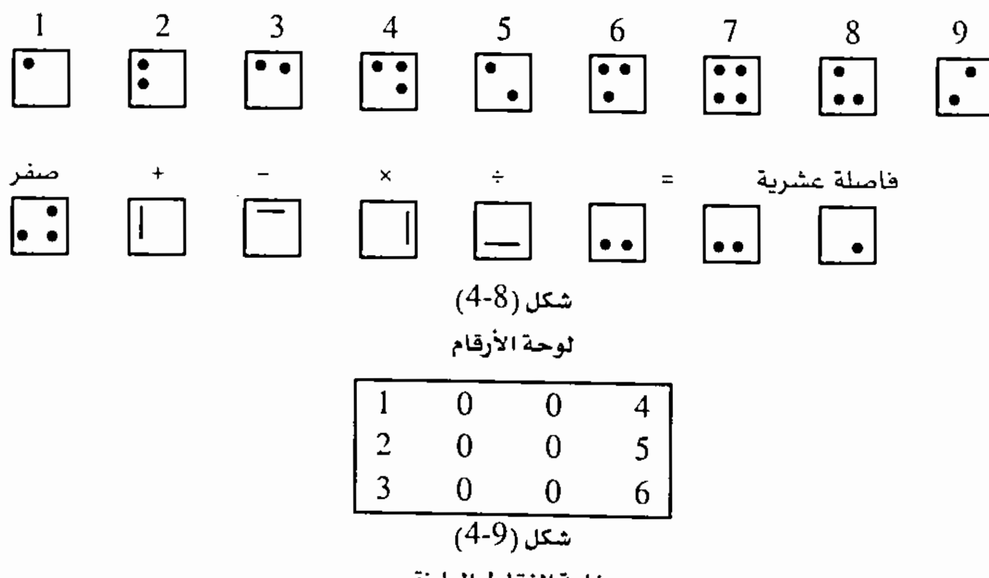
شكل (4-6)

رموز الأبجدية الإنجليزية بطريقة برايل

J=ج	T=ت	B=ب	A=أ
Z =ز	R =ر	D =د	X =خ
K=ك	Q=ق	F=ف	S=س
H=هـ	N=ن	M=م	L=ل
	I'=ي	V'=لا	W'=و

شكل (4-7)

رموز الأبجدية العربية بطريقة برايل



شكل (4-8)

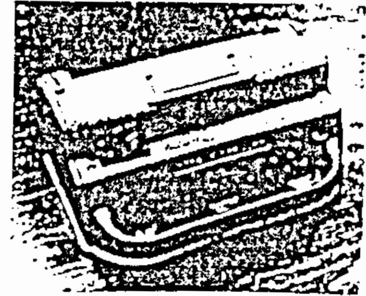
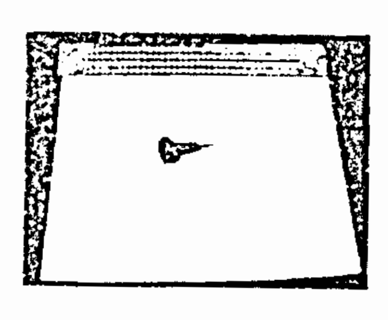
لوحة الأرقام

1	0	0	4
2	0	0	5
3	0	0	6

شكل (4-9)

خلية النقاط البارزة

يقوم الكفيف بقراءة برايل عن طريق اللمس، كما يمكن أن يستخدم أدوات معينة في كتابة برايل، ومنها الآلة المعروفة بإسم آلة الطباعة بيركنز (Berkins Brailler) وآلة المسطرة والمخرز (Stat &Stylus) أنظر الشكل رقم (4-10).

شكل (4-10)

الأدوات المستخدمة في الكتابة في طريقة برايل عن (الروسان، 2001)

ومن الجدير بالذكر أن هنالك ورقاً خاصاً لكتابة برايل، هذا ويجب البدء بتعليم الكفيف برايل، مع بداية دخوله المدرسة، وملاحظة أن الطالب يحتاج إلى سنوات عدة لإتقانها. وحتى عندما يتقن الطالب القراءة والكتابة بطريقة برايل، فإن سرعته في أداء ذلك تبقى أقل بكثير من سرعة المبصرين في الكتابة والقراءة. ويقدر معظم الباحثين أن الطالب الذي يتقن برايل قراءة وكتابة لا تتجاوز سرعته في أحسن الحالات نصف سرعة المبصرين، ويكفي أن نذكر أننا حينما نقرأ تقع أعيننا على الكلمة بشكل كلي وننتقل للتي تليها، لا بل في كثير من الأحيان نقرأ أكثر من كلمة في نفس اللحظة. بينما الكفيف يحتاج لأن يتلمس ما يقرؤه حرفاً حرفاً ومن ثم يجمعه في كلمة واحدة.

ومن المشكلات الأخرى المرتبطة بطريقة برايل، هو كبر المساحة الازمة للكتابة من جهة وسمك الورق اللازم، مما ينجم عنه أن كتيباً صغيراً قد تتطلب كتابته ببرايل إلى مجموعة من الأوراق قد يصل سمكها إلى (20) سم. وقد يصل وزنها إلى (1) كلغ مما يشكل عبئاً على التلميذ.

ولتسهيل تواصل الكفيف مع الآخرين من المهم أن يتم تعليمه الطباعة على الآلة الكاتبة العادية، حتى يستطيع أن يخاطب المبصرين كتابياً في الحالات التي تستدعي ذلك.

أما فيما يتعلق بتعليم القراءة للمكفوفين باستخدام لغة برايل، فإنه يتم البدء فيها بتنمية الاستعداد للقراءة عن طريق تعليم أصوات الحروف، ثم مقارنة الصوت بالرموز اللمسية، ومتابعة سطور برايل من اليسار إلى اليمين. وفي مرحلة القراءة، يجب تدريب الطالب الكفيف على استخدام اليدين عند بداية السطر من الجهة اليسرى مع المحافظة على دفء اليدين عند القراءة، يحرك الطالب يديه على السطر نحو الجهة اليمنى، وعند وصوله إلى

منطقة منتصف السطر، تستمر اليد اليمنى بالقراءة بينما تتراجع اليد اليسرى إلى جهة اليسار وتنخفض بغية تحديد بداية السطر التالي، وعند انتهاء اليد اليمنى من قراءة السطر الأول تتجه إلى مكان اليد اليسرى في بداية السطر التالي، وفي تلك الأثناء تكون اليد اليسرى قد جعلت الطالب قادراً على معرفة ما هو مكتوب، وهكذا تستمر القراءة من سطر إلى أخر حتى نهاية الصفحة مما يساعد الطالب الكفيف على التعرف على كل سطر وتكون عملية القراءة سلسلة ومتصلة.

ثانياً: تدريب الحواس الأخرى والبصر المتبقي

لتعويض فقدان حاسة البصر لدى المعوق بصرياً يجب العمل على تدريب الحواس الأخرى، ومن أهم الحواس الأخرى التي يجب التدريب عليها حاستا السمع واللمس إذ أن الكفيف يعتمد عليهما بشكل كبير إلى جانب الحواس الأخرى في الاتصال بالعالم الخارجي والمحيط به.

ويعتقد البعض خطأ أن هاتين الحاستين تتطوران تلقائياً لدى الكفيف، وفي حقيقة الأمر فإن الكفيف بحاجة إلى تدريب منظم لتنميتها. ففي المجال السمعي يتم تدريب الكفيف على تمييز الأصوات ومهارات الإصغاء، وكذلك الحال بالنسبة لحاسة اللمس حيث يتم تدريبه على استكشاف الأشياء عن طريق اللمس وتنمية درجة التمييز اللمسي لديه خاصة وأن قراءة برايل تتطلب درجة عالية من التمييز اللمسي برؤوس أصابع اليد.

وتختلف طبيعة التدريب الحسّي المقدم باختلاف العمر، ففي مراحل الطفولة المبكرة، قد ندرب الأطفال في المجال السمعي على التمييز بين الأصوات القريبة والبعيدة، وفي اتجاهات مختلفة بالنسبة للشخص، والأصوات المرتفعة والمنخفضة، والنغمات المختلفة للصوت. كما ندربه على تمييز أصوات الأشياء والموضوعات المختلفة في بيئته. كالتعرف على أصوات الحيوانات المختلفة أو الأصوات الصادرة عن وقوع أشياء مختلفة.

أما في مراحل الدراسة المتقدمة (الإعدادية والثانوية) فنركز في تدريبه على مهارات الإصغاء واكتشاف الأصوات والتدريب على المتابعة السمعية وعلى التركيز السمعي.

أما في مجال حاسة البصر نفسها فإن الكثير من المعوقين بصرياً لديهم بقايا بصرية، وإذا ما تم تدريبها يمكن أن تسهم بشكل كبير في استخدام حاسة البصر في عملية التعلم وفي التكيف في البيئة لذلك يجب العمل على استغلال ما لدى الفرد المعوق بصرياً من بقايا بصرية وعدم إهمالها.

ثالثاً: التدريب على التنقل والتعرف والتوجه

يقصد بمهارات التعرف (Identification) أن يستخدم المعوق بصرياً حاسة اللمس من أجل معرفة الشيء أو الأشياء التي تعرض له في البيئة، وكذلك التمييز بين هذه الأشياء وإدراكها كوحدة بالعلاقة مع غيرها من الأشياء. أما التوجه (Orientation) فهو استخدام الحواس المختلفة لمعرفة الجسم وعلاقته بالأشياء الأخرى في البيئة. أما التنقل (Mobil-ity) فهو الإنتقال من مكان إلى مكان بالمشي أو بمساعدة الأدوات والأجهزة التي تساعد في التنقل. وحتى يتم التدريب الحركي لا بد من توافر القوة العضلية التي تحافظ على هيئة الجسم أثناء الحركة والوعي الجسمي الذي يسمح بتوازن الأنماط الحركية وآخيراً الوعي الفراغي وهو الذي يوظف الحركة من أجل البقاء.

ومن أجل تطوير مهارات الإدراك الحسي الحركي الضرورية للتنقل والتعرف والتوجه يستوجب تدريب الفرد على نشاطات المشي المختلفة، ونشاطات الركض، ونشاطات الرمي ونشاطات القفز ونشاطات الوثب. وحتى يكون التنقل والتعرف والتوجه فعالاً، يجب تدريب الطفل الكفيف على الوعي بالجسم الذي يتضمن تسمية أجزاء الجسم ووظائف هذه الأجزاء، بالإضافة إلى الإستخدام الأمثل للعمليات المعرفية الضرورية للتنقل والتعرف كالاستيعاب والاختيار والتخطيط، وأن تتوافر الاستعدادات الجسمية والعقلية المناسبة والانتباه والتركيز. (Jacobson, 1993).

العناصر التي يجب أن يشملها التدريب على مهارات التنقل والتعرف والتوجه

يشمل التدريب على التنقل والتعرف والتوجه عناصر هامة وذلك من أجل زيادة الوعي والتعرف بآلية التنقل وهذه العناصر هي:

- علامات الطريق: وهي كل ما هو مألوف ومتعارف عليه في البيئة.
- الإيماءات: وهي المثيرات الحسية السمعية أو الشمية أو اللمسية التي تقدم معلومات ضرورية لتحديد موضع الشيء أو اتجاهه.
- التنظيمات الداخلية للمباني: العلامات المميزة للمبنى والنقاط الرئيسية فيه.
- التنظيمات الخارجية: وتشمل جميع الأماكن والشوارع والمباني الرئيسية التي سيتم التنقل فيها.
- القياس النسبي: وهو استخدام مقاييس محددة سواء في جسمه أو في غيره من أجل تكوين صورة ذهنية فيها تقدير للمسافة.

- معرفة الاتجاهات: وتتضمن معرفة الاتجاهات الأربعة، إذ أن التنقل مرتبط بنمو المفاهيم الفراغية.

هناك مجموعة من العوامل التي تؤثر على عملية التنقل بالاستقلالية، وتجعله فعالاً، وأهمها العوامل النفس حركية، والعوامل المعرفية، والعوامل الاجتماعية الانفعالية، والعوامل والظروف المكانية والموضوعية.

أما فيما يتعلق بالوسائل التي استخدمها الكفيف على مر العصور لتعليمه فن الحركة والتنقل كما ذكرها هلهان وزميله (Hallahan &Kauffman, 1991) فهي:-

1- الدليل المبصر.

2- الكلاب المرشدة.

3- العصا البيضاء.

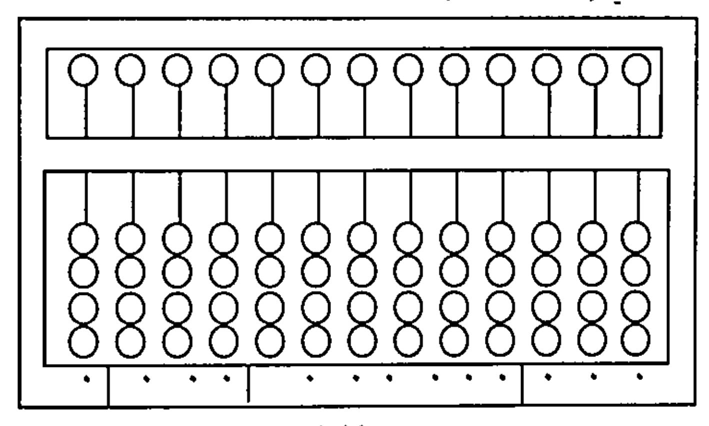
4- النظارة الصوتية.

5- الأجهزة الصوتية: مثل الجهاز الذي يوضع حول العنق والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه وتسمى (Path Sounder) والجهاز الذي يحمل باليد، والذي ينبه الكفيف إلى العوائق التي تصادفه ويسمى (Sonic Torch) والجهاز الذي يوضع حول محيط رأس الكفيف، والذي ينبه أيضاً إلى العوائق التي أمامه ويسمى (Echolocation Sys-tem) وأخيراً العصا البيضاء التي تعمل بأشعة الليزر وتسمى (Lazer Cane) حيث تنبه الأشعة الصادرة عن العصا الكفيف بالعوائق التي تصادفه وذلك بإصدار أصوات من مكبر للصوت مثبته على العصا نفسها، وهذا وتعتبر دافعية الفرد الكفيف لتعلم مهارات فن الحركة والتنقل من مكان إلى آخر من أقوى العوامل التي تساعد في نجاحه في التنقل بأمان من مكان إلى آخر، باستخدام الوسائل التي أشير إليها أعلاه، مقارنة مع الأشخاص المبصرين جزئياً أو كلياً. (الروسان، 1994، ص: 319) (Jacobson, 1993)

أهم الأدوات والوسائل المعينة التي يستخدمها المكفوفين وضعاف البصر

1- **المعداد الحسابي** (Cranner Abacus): ويستخدم هذا المعداد من أجل إجراء العمليات الحسابية للمكفوفين، وقد تطورت هذه الآلة لتساعد المعاقين بصرياً على إجراء العمليات الحسابية كالجمع والطرح والضرب والقسمة للأعداد الصحيحة والكسور، وكذلك في حساب النسبة والجذر التربيعي. ويتكون المعداد الحسابي وهو مستطيل

الشكل، من (13) عموداً متوازناً، في كل منها خمس خرزات، تتحرك بسهولة إلى الأعلى والأسفل، كما يقسم أفقياً إلى جزئين، الجزء العلوي وفيه خرزة واحدة في كل عمود، والجزء السفلي وفيه أربع خرزات في كل عمود أيضاً. كما توجد أسفل كل جزء بارزة تعمل كفواصل في قراءة الأرقام الحسابية. وقد تم حديثاً تطوير وسيلة إلكترونية حديثة لإجراء العمليات الحسابية تعتمد على إصدار الأصوات بالإضافة إلى إظهار النتائج بشكل بصري خاصة للأفراد الذين يعانون من إعاقة بصرية جزئية. ويظهر الشكل (4-11) المعداد الحسابي (آلة الأبيكس).



شكل (4-11)

المعداد الحسابي (الأبيكس) عن (الروسان، 2001)

2- **الأوبتكون** (Obtecon): وهو عبارة عن جهاز إلكتروني يعمل على تحويل المادة المكتوبة إلى كلمات وأحرف بارزة يستطيع أن يقرأها الكفيف بوضع إصبع إحدى يديه في مكان مخصص من الجهاز. أما يده الأخرى فيستخدمها في تمرير كاميرا الجهاز على المادة المكتوبة (Hallahan &Kauffman, 1991). ومهمة هذا الجهاز مساعدة الكفيف على قراءة المواد المطبوعة، والكتب والمجلات والجرائد، وذلك بواسطة تحويل الرموز المكتوبة إلى رموز محسوسة تحت إصبع السبابة بحيث يحس الكفيف شكل الحرف المقروء بواسطة الكاميرا، وفي الوقت نفسه يظهر الحرف المحسوس على شاشة صغيرة تسمح للمعلم بمراقبة ما يقرأ الكفيف، ويقرأ الكفيف بهذه الطريقة، ما معدله من (5-11) كلمة في الدقيقة.

3- **الدائرة التلفزيونية المغلقة**: جهاز يصور ما هو مكتوب على ورقة الكتاب عن طريق كاميرا ملحقة بالجهاز نفسه، ويتم عرض المادة على شاشة التلفزيون ويقوم الطالب بتعديل العدسة ويكبر الطباعة بالدرجة المطلوبة.

4- **فيرسابريل:** وهو جهاز يحول الكلام المسجل على شريط إلى نقاط برايل النافرة.

5- **كرزويل للقراءة:** وهي تشبه آلة التصوير يوضع عليها الكتاب وتعمل كاميرا على تصوير ما هو مكتوب على الصفحة ويقوم الكمبيوتر بقراءته بصوت مسموع.

6- **التلسكوب:** يحتوي على عدسة مكبرة، يمكن أن يحمله الفرد أو يضعه على النظارة ويستخدم للرؤية على مسافات معينة.

7- **المكبر:** عدسة مكبرة لمساعدة ضعيفي البصر تساعدهم على القراءة وهي إما أن تكون مكبر يدوي أو مكبر يرتكز على حمالة.

إرشادات للمبصرين في كيفية التعامل مع المعوقين بصرياً

إن المتأمل في طبيعة معاملة المجتمعات الإنسانية للمكفوفين يرى أنها تقوم على إفتراض أن المكفوفين مختلفون عن غيرهم من الناس، وأن الكفيف بحاجة إلى الشفقة لأنه عاجز ويعيش في عالم صغير مظلم .. أو افتراض آخر أنه يملك قدرات حسية خارقة أو قدرات موسيقية خارقة، وما إلى ذلك من اعتقادات خاطئة ليست إلا حصيلة للمعلومات غير الصحيحة الناتجة عن عدم التعامل مع المكفوفين.

وإذا كنا نريد أن نهيئ الظروف الاجتماعية الملائمة للكفيف لتحقيق ذاته، والتمتع بالمسؤوليات والواجبات والحقوق التي يتمتع بها أقرانه المبصرون، فلا بديل عن مقاومة مثل هذه الاعتقادات الخاطئة، فالحاجز الأكبر الذي يعيق تفاعل الكفيف مع مجتمعه ليس كف البصر بحد ذاته، بل مواقف المبصرين نحوه لما لها من أثر بالغ في تكيُّفه النفسي، وفي مفهوم الذات لديه، وفي طبيعة ظروفه الحياتية.

إذن نؤكد أن المبصرين والمكفوفين يتشابهون أكثر بكثير مما يختلفون، والفرق بين الكفيف والمبصر هو أن الكفيف يتعامل مع ظروف الحياة اليومية بوسائل وطرق مختلفة بعض الشيء، ولكنها في النهاية تؤدي إلى النتيجة نفسها التي يحصل عليها المبصر، كما أن الإنسان مبصراً كان أو كفيفاً بحاجة إلى مساعدة الآخرين، فلا أحد منا يستطيع أن يعيش حياته دونما يد تمتد لمساعدته بين الحين والآخر، ولكن الافتراض الخاطئ هو أن الكفيف يحتاج إلى مساعدة مبالغ فيها وحماية زائدة. وهنا مكمن الخطر، فالحماية الزائدة تحد من قدرة أي إنسان كفيفاً كان أم مبصراً، كما أن المبصرين يجب أن لا ينصب اهتمامهم على الإعاقة نفسها فينظر إلى الشخص الكفيف من خلال كف البصر الذي لديه، وبالتالي إلغاء كل الخصائص الفردية الأخرى، وعليهم أن ينظروا إلى المكفوفين كأفراد لكل منهم خصائصه وصفاته المميزة.

لذا نكرر أن ما يحتاجه الكفيف هو إتاحة الفرصة المناسبة للإستقلالية، وأن يكون جزءاً فاعلاً في مجتمعه، ولن يتحقق ذلك إلا إذا تزود المبصرين بالمعلومات الصحيحة عن المكفوفين وقدراتهم وحاجاتهم وعن الطرق الصحيحة في التعامل معهم.

كيف تتعامل مع المكفوفين. إذا كنت تقابل كفيفاً لأول مرة، فإنك تتساءل كيف تتصرف معه بطريقة صحيحة تجعلك أنت والكفيف تشعران بالإرتياح! وللإجابة عن ذلك إليك هذه الإرشادات:

1- الكفيف مثل أي شخص آخر لا يختلف عنك: لذا عامله كما تعامل أي شخص بشكل طبيعي وبدون افتعال.

2- لا تظهر له العطف الزائد والشفقة، وخاصة كلمة مسكين. فهذه الكلمة تجعله يشعر وكأنه عاجز حقاً.

3- عند التقائك بكفيف لا بد من تحيته ومصافحته عوضاً عن الابتسامة التي ترسم على شفتيك لغيره.

4-عندما تتحدث مع الكفيف أعلمه أنك تتحدث إليه، فهو لا يرى عينيك حتى يعرف أنك تتحدث إليه: لذا ناده باسمه حتى يعرف أن الحديث موجه إليه، وخاصة عندما يكون مع مجموعة فإنك في حديثك تنتقل من شخص إلى آخر.

5- عند التحدث مع الكفيف لا تحاول رفع صوتك، بل اجعل حديثك معه مثل السوي تماماً لأن ارتفاع الصوت يؤذيه ويؤدي إلى مضايقته.

6- لا تشعر بالإحراج من استخدام كلمات تتعلق بالنظر مثل، أنظر، هل رأيت،من وجهة نظرك إلخ. فهذه الكلمات لا تحرج الكفيف فهو يستخدمها في حديثه وإن كان لا يرى ولا تتجنب استخدامها لأن ذلك سوف يحرجه.

7- لا تشعر بالإحراج من التحدث عن كف البصر وعن إعاقته، فهذا لا يضايقه لأنه قد اعتاد عليها وإنما عليك اتباع الأسلوب المناسب.

8- إذا قابلت كفيفاً ومعه مرافق مبصر وكان الكفيف يريد شيئاً فلا توجه الأسئلة وتخاطب المرافق المبصر بما يريده الكفيف، وإنما خاطب الكفيف نفسه فهو يستطيع التحدث عن نفسه والتعبير عما يريد.

9- عند التحدث مع الكفيف عليك أن تستدير وتنظر باتجاهه وإن كان لا يراك، فهو يشعر ويعرف إن كنت تتحدث إليه من خلال اتجاه الصوت، كما أنه من غير اللائق التحدث إلى شخص مبصر دون النظر إليه، فإن ذلك ينطبق على الكفيف أيضاً.

10- عند دخولك على كفيف دعه يشعر بوجودك وذلك عن طريق إخراج بعض الأصوات، ولا تعتمد على أنه يعلم بوجودك، فهو لا يراك وأنت تدخل.

11- إذا كنت قد انتهيت من حديثك وأردت الخروج من الغرفة مثلاً، فعليك أن تُعلمٍ الكفيف وتنبهه لذلك فهو لا يراك وأنت تخرج ومن المحرج له أن يتحدث إليك وهو يظن أنك ما زلت في الغرفة ويكتشف بعد ذلك أنه يحدّث نفسه.

12- لا تقدم الكثير من المساعدات للكفيف وخاصة في الحالات التي يمكنه القيام بالعمل بمفرده، فإنك إن فعلت تجعله عاجزاً عن القيام بأبسط الأفعال، ومع مرور الزمن فإنه لن يستطيع الاعتماد على نفسه أبداً ويتّكل على الآخرين بشكل تام.

13- إذا قام الكفيف بأداء عمل بسيط معتمداً على نفسه، فلا تنظر إليه بإستغراب وكأن عمله معجزة وتقول له: "هل فعلت ذلك وحدك دون مساعدة؟ "، فإنك تعامله وقتها وكأنه طفل.

14- إذا أردت إرشاد الكفيف إلى موضوع معيّن فلا تقل له هناك فهو لا يرى (هناك) .. وإنما كن دقيقاً في الشرح وقل مثلاً: على يمينك على بعد ثلاثة أقدام.

15- عند تواجدك في مكان ما مع كفيف إشرح له ما يوجد حوله حتى تكون لديه فكرة عما يحيط به. تفادياً لما قد يقع إذا تحرك دون أن يكون على علم بما حوله، فقد يصطدم بأشياء أو يوقع أشياء أخرى إذا لم يكن على علم مسبق بموقعها، وكذلك فإن الأشياء المعلقة والبارزة على المستوى رأسه قد تكون خطيرة عليه إذا لم يعلم بوجودها.

16- لا تترك الأبواب نصف مفتوحة فإن ذلك يعرض الكفيف لخطر الاصطدام بها. فالأبواب يجب أن تكون إما مغلقة تماماً أو مفتوحة تماماً.

17- إذا لزم الأمر تغيير أثاث الغرفة أو تحريك أي قطعة من مكانها الذي اعتاد عليه الكفيف، فعليك أعلامه بهذا التغيير تجنباً لأي صدمات غير متوقعة.

18- عند تقديمك شيئاً ما للكفيف لا تقل له خذ فهو لا يرى اتجاه يديك وموقعك، وبالتالي فإنك إما تصدر صوتاً بالشيء الذي تريد تقديمه له فيسمع الصوت ويعرف الموقع والاتجاه ويسهل عليه أخذه. وإما تقربه إلى يده حتى يلمس ويشعر بهِ فيستطيع أخذه. وعند تقديمك شراباً من أي نوع للكفيف لا تملأ الكأس إلى آخره، فإن ذلك يؤدي إلى سكبه. إذا قدمت للكفيف طعاماً فأذكر ما هو هذا الطعام، وأذكر موقعه على الطاولة

وموقع الكأس والأدوات الأخرى، وذلك لكي يتسنى له أخذه دون أن يوقعه، وأفضل طريقة لشرح مواقع الأشياء هو استخدام طريقة الساعة، وهي كالتالي:

تشرح للكفيف وتقول له إن الكأس عند الساعة (6) والطبق عند الساعة (3) وقطعة الجبن عند الساعة (9) وهكذا.

19- عند توصيلك الكفيف إلى سيارة ما لا تفتح له الباب، فإنك عن فعلت تعرضه لخطر الاصطدام بحافة الباب؛ لذا يكفي أن تضع يده على مقبض باب السيارة وهو يقوم بالباقي.

20- إذا قابلت كفيفاً في الطريق فلا تمسك يده مباشرة وتجره فقد لا يحتاج إلى مساعدتك .. وعليك أولاً أن تعرض عليه المساعدة، فإذا كان بحاجة إليها طلبها منك وإذا رفضها فهذا يعني أن بإمكانه الاعتماد على نفسه في هذا الأمر ويجب أن تشجعه على ذلك.

21- إذا أردت أن ترشد الكفيف إلى مكان ما وأصبحت أنت المرافق المبصر فلا تجره خلفك جراً أو تدفعه أمامك دفعاً، وإنما أتّبع طريقة المرشد المبصر الصحيحة وهي كالتالي:

الخطوات:

أ- يقف المرشد المبصر متقدماً نصف خطوة عن الشخص الكفيف، ويقف الكفيف إلى جانب المرشد المبصر.

ب- يمسك الكفيف منطقة فوق الكوع (المرفق) للشخص المبصر خلف خط الوسط بالنسبة لجسم الكفيف، مستخدماً يده اليمنى ليمسك فوق المرفق لليد اليسرى للمرشد المبصر وتكون مسكة اليد معتدلة وخفيفة.

ج- عند السير في ممرات ضيقة يقوم المرشد بتحريك يده واليد التي يمسك بها الكفيف إلى الخلف ووسط ظهره، وهذه الإشارة تنبه الكفيف إلى الوقوف خلف المرشد مباشرة على بعد خطوة وبعد الإنتهاء يعود المرشد إلى الوضع السابق.

د- عند صعود ونزول السلالم على المرشد أن يتوقف برهة للإشارة بأنه سوف يصعد أو ينزل السلم، ومن حركة جسم المرشد سوف يدرك الكفيف ذلك، وبإمكانه أن يوضح ذلك لفظاً بقوله (أصعد الدرج).

هـ- عند الجلوس على مقعد يقوم المرشد بوضع يد الكفيف على ظهر أو يد الكرسي (Jacobson, 1993).

مـراجــع الفصل الرابع

المراجع العربية:-

- الروسان، فاروق (2001) سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة)، الطبعة الخامسة دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- الروسان، فاروق (1994) رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان - الأردن.
- سيسالم، كمال سالم (1988) المعاقون بصرياً.
- الصمادي، جميل، الناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله (2003) تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، الطبعة الأولى، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995) المدخل إلى التربية الخاصة، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.

المراجع الأجنبية:-

-Barraga, N. (1983), **Visual handicaps &Learning.** Asten, Texas: PRO - ED.

-Demoth, R (1982), **Visual Impairment, Exceptional children &Youth.** Columbus, Ohio: children E. Merrill.

-Hallahan, D., &Kauffman, J., (1991),**Exceptional children: Introduction To Special Education,** Allyn &Bacon: Boston.

-Jacobson, W. (1993),**Art and Science of teaching Orientation and Mobility to persons with Visual Impairments.** NewYork: American Foundition for blind.

-Jose, R (1983),**Understanding Low Vision.** New york: American Foundation for the blind.

المراجع الإلكترونية:-

WWW. Islamoline. Net.

الفصل الخامس

الإعاقات الجسمية والصحية

(Physical &Health Impairment)



الإعاقات الجسمية والصحية

(Physical &Health Impairment)

مقدمة

تعتبر الإعاقة الجسمية والصحية مشكلة في المقام الأول. إضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية التي قد يكون أثرها على الفرد المعوق أكبر من حجم الإصابة نفسها. خاصة إذا حدثت الإعاقة في مراحل عمرية متأخرة. فقبل حدوث الإصابة يكون الفرد قد رسم لنفسه نهجاً وخططاً معينة، وبحدوثها يشعر الفرد بخسارة عضو من أعضائه أو شلل في أحد أطرافه أو جميعها، فتتأثر حركته وتنقله وتوازنه مما يجعله يشعر بالنقص والإختلاف عن أقرانه العاديين. وتزداد هذه المشاعر لديه عند شعوره بالألم من جراء الإصابة أو حاجته لدخول المستشفى لفترة طويلة أو مراجعة الطبيب باستمرار أو شعوره الدائم بالاعتماد على الآخرين في حركته وتنقله أو أنه مهدد بالخوف والموت في أي وقت. ومن الطبيعي أن تحول الإعاقات الجسمية والصحية الشديدة من حضور الطفل المدرسة أو الأنشطة والمناسبات الاجتماعية إلى الحد الذي يستدعي تقديم الخدمات والبرامج الخاصة بالطفل في البيت أو المستشفى Heweed &Orlansky, 1988)(Hallahan &Kauffman, 12999)

ما هي الإعاقات الجسمية والصحية (تعريفها)؟

المعوقين جسمياً وصحياً هم تلك الفئة من الأفراد الذين يتشكل لديهم عائق يحرمهم من القدرة على القيام بوظائفهم الجسمية والحركية بشكل عادي مما يؤدي إلى عدم حضورهم المدرسة مثلاً أو أنه لا يمكنهم من التعلم إلى الحد الذي يستدعي توفير خدمات تربوية وطبية ونفسية خاصة. ويقصد بالعائق هنا أي إصابة سواء كانت بسيطة أو شديدة تصيب الجهاز العصبي المركزي أو الهيكل العظمي أو العضلات أو الإصابات الصحية. .(Patton, et. al, 1996)

شيوع الإعاقات الجسمية والصحية

بشكل عام فإن نسبة شيوع هذه الإعاقات تعتبر محدودة مقارنة بعدد السكان، إذ تبلغ حوالي (0,003 -0,005). وتجدر الإشارة هنا أنه على الرغم من التقدم الطبي والتقني وإسهامه في الوقاية ومعالجة العديد من هذه الإصابات إلا أن نسبة هذه الفئة قد زادت

في الآونة الأخيرة بسبب تحسين وسائل التعرف والكشف عليها ووعي الأسر في البحث عن الخدمات الملائمة لهم. وبذلك فإن التقدم الطبي والتقني لم يخل من بعض الآثار السلبية على ميدان التربية الخاصة، حيث إن استخدام الأجهزة الطبية الحديثة في الولادة يؤدي أحياناً إلى إصابة بعض الأطفال أثناء الولادة، ثم أنه بسبب التقدم الطبي والمعالجة الصحية المتطورة فإن نسبة الوفيات بين هذه الإعاقات والتي تعتبر حالات شديدة ميؤوس منها قد قلت مما زاد من نسبة المعوقين جسمياً وصحياً. وقد زاد هذا الوضع من الأعباء المفروضة على مختلف التخصصات التربوية والطبية المساندة كالعلاج الطبيعي والمهني ... إلخ. ولا تعني هذه المناقشة بأي حال من الأحوال تقليل أو إلغاء دور المجال الطبي والتقني في الحد من حدوث هذه الإعاقة والتخفيف من الآثار المترتبة عليها. ويمكن تدعيم دور هذه المجالات أيضاً بضبط العوامل الأخرى التي قد تؤدي إلى حدوث هذه الإعاقة من مثل الحوادث بمختلف أشكالها وعوامل سوء التغذية. (القريوتي وآخرون،2001).

تصنيف الإعاقات الجسمية والصحية

تعتبر فئات الأفراد المعاقين جسمياً وصحياً فئات غير متجانسة وذلك بسبب التنوع الواسع في طبيعة ومستوى الإصابة في كل فئة من فئات المعاقين جسمياً وصحياً، وعلى أية حال فإنه يمكن تقسيم الإعاقات الجسمية والصحية حسب موقع الإصابة أو الأجهزة المصابة على النحو الآتي:-

أولاً:- إصابات الجهاز العصبي المركزي(Neurological Impairments)

- الشلل الدماغي .(Cerebral Palsy)
- الشق الشوكي أو الصلب المفتوح .(Spinal Bifida)
- إصابة الحبل الشوكي.(Spinal Cord Injury)
- الصرع.(Epilepsy)
- استقساء الدماغ (Hydrocephaly)
- شلل الأطفال(Polio)
- تصلب الأنسجة العصبية(Multiple Sclerosis)

ثانياً: إصابات الهيكل العظمي(Skeletal Impairments)

- تشوه وبتر الأطراف (Amputation)

- تشوه القدم (Club Foot)
- التهاب الورك(Legg -Perthes Disease)
- عدم إكتمال نمو العظام (Osteogenesisi Imperfect)
- التهاب العظام (Osteoarthritis)
- الخلع الوركي الولادي(Congenital Dislocation of Hips)
- التهاب المفاصل (Arthritis)
- التهاب المفاصل الرثياني (Rheumotoid Arthritis)
- شق الحلق والشفه(Cleft and Lip Palate)
- ميلان وانحراف العمود الفقري(Scoliosis)

ثالثاً: إصابات العضلات(Muscular Impairments)

- ضمور العضلات (Muscular Dystrophy)
- إنحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي (Spinal Muscular Atrophy)

رابعاً: الإصابات الصحية (Health Impairments)

- الأزمة الصدرية أو الربو (Asthma)
- التهاب الكيس التليفي أو الحويصلي (Cystic Fibrosis)
- إصابات القلب(Heart Diseases)
- متلازمة داون (Down-s Syndorme)

أولاً:- إصابات الجهاز العصبي المركزي(Neurological Impairments)

لقد أشار هالاهان وكوفمان (Hallahan &Kauffman, 1991) إلى تعدد الأسباب التي تؤدي إلى إصابة الجهاز العصبي المركزي بحيث تشمل الالتهابات الشوكية ونقص الأوكسجين والتسمم، والتشوهات الخلقية من مثل الشق الشوكي، والصدمات والكدمات الناتجة عن الحوادث. عموماً فإنه يصعب التعرف على السبب الحقيقي للإصابة، وعلى الرغم من ذلك فإن الآثار المترتبة على الإصابة تبدو واضحة وذات تأثير مباشر على المهارات الحركية للجسم والأطراف. بعض هذه الإصابة بسيطة والأخرى مركبة بحيث

تصبح معها الإعاقة مزدوجة أو متعددة بشكل يؤثر على القدرات العقلية أو السمعية أو البصرية، أو الصحية أو مهارات التواصل اللفظي، أو أنها تؤدي إلى اضطرابات انفعالية أو صعوبات في تركيز الانتباه ... إلخ.

وفيما يلي توضيح للإصابات التي تندرج تحت ما يطلق عليه إصابات الجهاز العصبي المركزي:

الشلل الدماغي (Cerebral Palsy)

يطلق مصطلح الشلل الدماغي على الاضطرابات النمائية أو العصبية التي تصيب الدماغ في مراحل مبكرة من حياة الطفل وخاصة في فترة عدم اكتمال نمو القشرة الدماغية المسؤولة عن الحركة. تنجم هذه الاضطرابات عن خلل أو تلف في الدماغ وتؤدي إلى عدد غير محدود من الأعراض والمشكلات الحركية والحسية والعصبية التي تظهر على شكل تشنج أو توتر في الحركة والأوضاع الجسمية وما يصحبها من تشوهات في الأطراف. أو أنها تكون مصحوبة بشلل وعدم توازن حركي وكذلك اضطرابات عقلية أو نوبات الصرع التي قد تصل إلى (60%) من الحالات، أو صعوبات في النطق وعدم تناسق الكلام والتي تصل إلى (15-20%) من الحالات أو ضعف في بعض الأجهزة الحسية كالسمع والإبصار. (Bigge, 1986).

ولا يعتبر الشلل الدماغي إصابة وراثية باستثناء بعض الحالات النادرة. وهو ليس مرضاً معدياً أو متطوراً، بمعنى أن الحالة لا تزداد سوءاً بمرور الوقت.

أما نسبة الإصابة بالشلل الدماغي في المجتمع فتتراوح بين (0,002 -0,500).

مظاهر الشلل الدماغي

للشلل الدماغي مظاهر خاصة تميّزه عن غيره من الإصابات، وقد ذكر كل من بيلك وناجل (Belk &Nagal, 1982) المظاهر المشتركة لأنواع الشلل الدماغي وهذه المظاهر هي:

- الشلل الحركي (Motor Paralysis)
- الضعف الحركي (Motor Weakness)
- ضعف التآزر الحركي (Motor Incoordination)
- الاضطراب الحركي (Motor Dysfunction) كالحركات غير الإرادية (Athetosis). (Belek &Nagel, 1982).

أنواع الشلل الدماغي

التصنيف الأول: التصنيف حسب المظهر الخارجي (وفق الطرف المصاب)

ويصنف هلهان وكوفمان (Hallahan &Kauffman, 1981) الشلل الدماغي إلى أنواع، بحسب المظهر الخارجي لحالة الشلل الدماغي، ومنها:

1- الشلل النصفي الطولي (Hemiplegia): وتمثل هذه الحالة شلل النصف الأيمن أو الأيسر من الجسم وتمثل حوالي (40%) من الحالات.

2- الشلل النصفي العرضي (Diplegia): وتمثل هذه الحالة شلل النصف العلوي أو الأسفل من الجسم.

3- شلل الأطراف (Quadriplegia): وتمثل هذه الحالة شلل الأطراف الأربعة للجسم.

4- الشلل النصفي السفلي (Paraplegia): وتمثل هذه الحالة شلل الرجلين من أطراف الجسم وتمثل حوالي (10-20%) من الحالات.

5- شلل طرف واحد (Monoplegia): وتمثل هذه الحالة شلل طرف واحد من أطراف الجسم وهي من الحالات النادرة.

6- شلل ثلاث أطراف (Triplegia): وتمثل هذه الحالة شلل ثلاث أطراف من أطراف الجسم.

7- الشلل الكلي (Double Hemiplegia): وتمثل هذه الحالة شلل نصفي الجسم معاً. (Hallahan &Kauffman, 1991).

التصنيف الثاني:- التصنيف حسب نمط الإصابة وطبيعتها، وينقسم إلى أربعة أقسام:

أ- الشلل التشنجي (Spasticity):

تشكل هذه الإصابة إحدى حالات الشلل الدماغي الشديدة وأكثرها انتشاراً حيث تصل بها إلى حوالي (50%) من مجموع حالات الشلل الدماغي. وتعزى معظم حالات هذه الإصابة إلى الولادة المبكرة (حوالي 80%). أما سبب الإصابة فيعود إلى التلف الذي يحدث في مركز الحركة بالقشرة الدماغية مما يؤدي أحياناً إلى إصابة الأجهزة الحسية كالسمع والإبصار والنطق. من الناحية الحركية، تتصف هذه الإصابة بالمبالغة في استجابة الأطراف وتشنجها وزيادة التوتر العضلي على نحو متكرر وغير إرادي. وأخيراً تيبسها

وتصلبها. فعندما يحاول الشخص المصاب تحريك أطرافه فإنها تتشنج وترتجف بقوة وبسرعة عالية وبصورة لا إرادية وغير متناسقة، الأمر الذي يؤدي إلى تجنب استخدام هذه الأطراف وعدم قدرة المصاب على توظيفها بفعالية وبالتالي ضعفها وانقباضها، مما يؤدي إلى حدوث تشوهات في مختلف أنحاء الجسم وفق نمط الإصابة وموقعها يصاحب هذه الحالة الإصابة بالصرع بحيث تصل نسبتهم إلى أكثر من (80%). (Bigge, 1986). (القريوتي وآخرون، 2001).

ب- الشلل الالتوائي أو التخبطي (Athetosis):

ينتج هذا النوع من الشلل عن إصابة الدماغ الأوسط وتقدر نسبة الإصابة بهذا النوع من الشلل بحوالي (25%) من حالات الشلل الدماغي.

يصدر عن المصاب بهذا النوع من الشلل حالات لا إرادية بصورة مستمرة، وقد تكون الحركات بطيئة وملتوية أو سريعة مفاجئة تحدث في قدمي الطفل أو يديه أو ذراعية أو عضلات وجهه. ويميل الرأس إلى الوراء، ويكون الفم مفتوحاً يخرج منه اللسان مما يسمح بسيلان اللعاب بشكل واضح.

كما أن قدرة الشخص المصاب بهذا النوع من الشلل على الكلام تكون ضعيفة وكلامه غير واضح وغير مفهوم وذلك بسبب عدم التحكم بالعضلات المسؤولة عن الكلام.

ج- الشلل غير التوازني أو التخلجي (Ataxia):

ينتج هذا النوع من الشلل من إصابة المخيخ، وهو الجزء المسؤول عن التوازن والتناسق الحركي والحسي، تصل نسبة الإصابة حوالي (20-30%) من حالات الشلل الدماغي.

ويتميز هذا النوع من الشلل بأن المصاب به يمشي بطريقة غير متوازنة بالإضافة إلى انخفاض في مستوى الشد العضلي مصحوباً بضعف في التوازن، وارتعاش في اليدين، وعدم تناسق الحركات، وعدم القدرة على التحكم بوضع الجسم، والخطأ المتكرر في تقدير المسافات، وإدراك العمق، وصعوبة الجلوس والوقوف والمشي مما يؤدي إلى سقوطه على الأرض. وبسبب الرغبة في الحفاظ على التوازن، يحاول الطفل المصاب مد يديه إلى الأمام وإبعاد ساقيه عن بعضها البعض. (Bleck &Nagel, 1982).

د- الشلل التيبسي (Rigidity):

ويعتبر من أكثر حالات الشلل الدماغي شدة بحيث يكون معها جسم المصاب في حالة

تصلب وتشنج وتوتر دائم مما يحول دون حركته وحريته في التنقل. تتصف هذه الإصابة بانعدام الحركات الإرادية وزيادة شديدة جداً في مستوى التوتر العضلي مما يؤدي إلى تشنج الأطراف وتيبسها وبالتالي انقباضها ومقاومتها للحركة وحدوث تشوهات شديدة، وقد يصاحب هذا النوع من الشلل بعض الإعاقات مثل الإعاقة العقلية. (الكسواني، 1993).

هـ- الشلل الدماغي المختلط (Mixed):

وفيه يظهر لدى الشخص المصاب أعراض لأكثر من نوع واحد من أنواع الشلل الدماغي. فقد يعاني الشخص من أعراض شلل دماغي تشنجي وشلل التوائي معاً، أو شلل تشنجي وغير توازني معاً. (Bigge, 1986).

و- الشق الشوكي أو الصلب المفتوح (Spina Bifida):

هو عبارة عن تشوهات خلقية يحدث عندما لا ينمو الحبل الشوكي أو تتحد أجزاؤه بشكل سليم في الأسابيع الأولى من حياة الجنين. هذا، ويمكن أن تكون الإصابة بسيطة أو متوسطة أو شديدة. يحدث الشق الشوكي نتيجة عدم التحام أو انغلاق نصفي القوس الفقرية، وبناء عليه، فإن الإصابة قد تحدث في أول أو في نهاية العمود الفقري حيث يتلف الحبل الشوكي مما يسبب عطلاً في الأعصاب الشوكية، وبالتالي الشلل الذي يلحق بأطراف الجسم.

إن الأسباب المباشرة للشق الشوكي أو الصلب غير معروفة. إلا أن هناك بعض الأدلة التي تؤكد أن إصابة الأم الحامل بالإلتهابات والأمراض وتسمم الحمل، بالاضافة إلى آية عوامل تؤثر على الجنين، وتعتبر من أسباب الإصابة بالشق الشوكي أو الصلب المفتوح. هذا، ويمكن التنبؤ بالإصابة وكشفها قبل الولادة عن طريق إجراء فحوص مخبرية للسائل الأميني المحيط بالجنين. (Rowley &Reigel, 1993).

أما نسبة شيوع الإصابة بهذه الحالة فإنها قد تصل إلى حوالي (0,004) وأنها تحدث عند الإناث اكثر من الذكور.

هذا ويمكن تصنيف الإصابة حسب شدتها إلى ثلاثة أقسام:

أ- الشق الشوكي البسيط (Occulta):

وهو أكثر الحالات شيوعاً، وفيه لا تحدث نتوءات أو تشقق في الحبل الشوكي، وبالتالي

لا يؤدي إلى إعاقة الجهاز العصبي. لا يوجد دلائل واضحة على الإصابة فيما عدا بروز كتلة من الشعر في مكان الإصابة.

2- الشق الشوكي المتوسط (Meningocele):

يحدث عندما تكون الفتحة أو الشق في العمود الفقري كبيراً بحيث يسمح للغشاء الذي يغطي الحبل الشوكي بالتدفق خارج هذه الفتحة حيث يقوم بدفع الجلد وتكوين كيس أو انفتاح في المنطقة المصابة. (Hallahan &Kauffman, 1991).

3- الشق الشوكي الشديد (Myilomeningocele):

ويحدث هذا النوع من الشق الشوكي نتيجة وجود فتحة كبيرة تسمح للسائل الشوكي والأعصاب نفسها بالتدفق إلى الخارج على هيئة كيس، مما يؤدي إلى الشلل في الجزء السفلي من الإصابة وتعطيل الإحساس لدى المصاب.

يصاحب هذا النوع من الشق الشوكي مضاعفات في البول والتبرز مما ينتج عنه إلتهابات حادة في المسالك البولية، وقد يصاحبها في معظم الأحيان إستسقاء في الدماغ وسمنة زائدة وتبلغ نسبة حدوث هذه الحالات الشديدة حوالي (0,0002). (Bigge, 1986,Bleck &Nagel, 1982)

إصابات الحبل الشوكي (Spinal Cord Injury)

من المعروف أن الحبل الشوكي يحتوي على عدد كبير جداً يصل إلى ملايين الخلايا والشعيرات العصبية الدقيقة، والتي تعمل على نقل تحويل الأحاسيس والمعلومات من وإلى الدماغ والذي يقوم بدوره بتحليل هذه المعلومات ويرسل أوامره عن طريق الحبل الشوكي أيضاً إلى العضلات والأجهزة الحركية للإستجابة بشكل مناسب. فإذا تعرض الحبل الشوكي لإصابة ما فإن شدتها تعتمد على مدى العطل أو الخلل الذي يطرأ على الحبل الشوكي. ففي حالات الإصابة الشديدة مثلاً يلحق الشلل بالأعضاء الجسمية التي تقع أسفل الإصابة. ويصاحب ذلك أيضاً انعدام في الإحساس وعدم ضبط التبول أو الإخراج وعدم ضبط حركات الأطراف. أما إذا كانت الإصابة محدودة على شكل تورم أو التهاب الأنسجة العصبية والخلايا التي تغطي الحبل الشوكي، فإن أثرها يكون بسيطاً وقد لا تؤدي إلى حدوث أي نوع من أنواع الشلل ويصبح معه علاج الإصابة وشفاؤها ممكناً. وفي حالات الشلل الناتج عن تلف الأعصاب الشوكية، فإن الإعاقة قد تكون رباعية بحيث تؤثر على

الأطراف العلوية والسفلية معاً أو ثلاثية بحيث تؤثر على أحد الأطراف العلوية والساقين معاً. (القريوتي وآخرون،2001).

الصرع (Epilepsy)

إن الصرع عبارة عن عارض ناجم عن إطلاق مؤقت ومفرط للحركة العصبية في الدماغ والناجمة عن أسباب من داخل الرأس وخارجه. تحدث النوبة الصرعية بسبب الزيادة غير العادية في الحركة الكهربائية للدماغ مما يصعب معه السيطرة على وظائف الدماغ وما ينتج عن ذلك من نشاط كهربائي قوي يؤدي إلى خلل وظيفي مؤقت في الدماغ، وهذا الخلل يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية وعقلية وإدراكية نتيجة للإضطراب الوظيفي الحاصل في الدماغ.

أعراض الصرع:

تبدو مظاهر هذه الحالة في عدد من الأعراض المفاجئة غير الأرادية التي تظهر على الفرد مثل:

أ- شحوب الوجه.

ب- إختلاف توازن الجسم.

ج- الوقوع على الأرض.

د- الإرتعاش.

هـ- تصلّب الجسم.

و- خروج الزبد من الفم.

ز- صعوبة التنفس.

ح- صعوبة ضبط عملية التبول.

ط- النوم العميق في نهاية النوبة.

أسباب الصرع:

فيما يلي عرض لأهم الأسباب التي تؤدي إلى الصرع:

1- العوامل الوراثية.

2- الإصابات العضوية في الدماغ.

3- مضاعفات العمليات الجراحية في الدماغ.

4- إلتهابات الدماغ وإلتهابات السحايا.

5- الأورام الدماغية.

6- الحمى أو ارتفاع درجة الحرارة لدى الأطفال الصغار.

7- توسع الدماغ أو ما يعرف بالموه الدماغي.

8- تناول الأدوية والعقاقير.

9- اضطرابات التمثيل الغذائي.

10- الأمراض العصبية التي تصيب الدماغ.

أنواع الصرع:

1- نوبة الصرع الكبرى (Grand Mal)

تعتبر نوبة الصرع الكبرى من أشد حالات الصرع عنفاً وقسوة على الشخص المصاب وتتصف هذه الإصابة بما يلي:

- يفقد فيها الفرد وعيه وإحساسه بمن حوله فيصرخ أولاً ويحملق عينيه ثم يفقد توازنه ويقع على الأرض.
- تضطرب فيها جميع وظائف الفرد المصاب بحيث تكون العضلات بمجملها في حالة اضطراب وحركة دائمة وفقدان الوعي وظهور حركات لا إرادية غير متناسقة وتشنج عضلات الأطراف والجذع والمفاصل.
- فقدان التحكم في البول والإخراج.
- تستغرق في العادة من (2-5) دقائق. وبعد استعادة الوعي يبدو الاضطراب والتعب واضحاً على المصاب، ثم تتحدد العضلات والمفاصل وترتخي ويستغرق بعدها في نوم عميق قد يستمر لساعات طويلة وذلك بسبب الإجهاد الكبير الذي يعاني منه المصاب.
- يسبق حدوث نوبة الصرع الكبرى ما يسمى بالتحذير (Aura) وهو عبارة عن إحساس غريب ينتاب المصاب ويظهر على هيئة الشذا أو العبير أو الرائحة المميزة التي تصل الفرد عن طريق حواسه المختلفة، أو عن طريق شعوره الداخلي. فإذا حدث

مثل هذا الإحساس الغريب فإن المصاب قد يستطيع في لحظات بسيطة أن ينقل نفسه إلى مكان آمن، كأن يتوقف عن قيادة سيارته مثلاً أو يبتعد عن الأماكن المرتفعة.

- ألم الرأس والرقبة والجذع وصعوبة التنفس، وتعرق مستمر. (Heward &Orlansky, 1988)

2- نوبة الصرع الخفيفة (Petit Mal)

تتميز هذه الإصابة بما يلي:-

- تصيب الأطفال عادة بين سن (3-10) سنوات، يغيب فيها الوعي، وقد تستغرق فترة بسيطة جداً حوالي (5-10) ثواني، ولذلك من الصعب جداً التعرف عليها ووصفها بدقة كما هي الحال في نوبة الصرع الكبرى.
- من المحتمل أن تحدث مرات كثيرة في اليوم الواحد.
- تتوقف في العادة قبل مرحلة المراهقة.
- توقف مفاجئ عن العمل، هذيان واستمرار حركة جفن العين أو الحملقة.
- لا يسبقها التحذير.

3- النوبة النفس حركية ((Psychomotor Fit

تتميز هذه الحالة بما يلي:

- غير مفهومه تماماً بحيث يعتبرها البعض نوعاً من الصرع الجزئي.
- عدم فقدان الوعي بحيث يبقى الشخص المصاب واعياً لما حوله.
- القيام ببعض السلوكات غير الهادفة مثل تلمظ الشفاه أو المضغ.
- قصيرة الأمد قد تصل إلى بضع ثوانٍ فقط ويتبعها فقدان الذاكرة.
- يصدر عن الشخص المصاب كلام بذئ وقد يؤذي نفسه أو من حوله. (القريوتي، وآخرون، 2001).

علاج الصرع

مع أن علاج الصرع الأساسي هو باستخدام الأدوية والعقاقير الطبية، إلا أنه يجب أن لا يقتصر على ذلك وإنما يجب أن يشمل جميع جوانب حياة الشخص المصاب بالصرع

كالجانب التربوي والأسري والنفسي والاجتماعي. كذلك يجب أن لا يقتصر علاج الصرع على التعامل مع الفرد المصاب ومحاولة ضبط نوبات الصرع لديه، وإنما يجب أن يشمل التدخل العلاجي أيضاً جميع الأطراف الذين يتعاملون مع الفرد المصاب والعمل على توعية الناس المحيطين به بنوبة الصرع وأسبابها وكيفية التعامل معها.

وفيما يلي بعض الإرشادات الواجب القيام بها لمساعدة مريض الصرع أثناء حدوث النوبة:

- يجب التأكد من وصول الأوكسجين إلى المريض وأن مجاريه التنفسية مفتوحة وتسمح بمرور الهواء إليه.
- يجب تجنب فتح الفم إذا كان مغلقاً.
- يجب وضع أشياء بين الأسنان إن أمكن من أجل عدم إيذاء المريض للسانه.
- يجب وضع جسم المريض بشكل جانبي لكي يزول اللعاب والزبد ولا يدخل إلى الرئتين في حالة نوم المريض على ظهره.
- يجب إبعاد الأشياء التي قد تؤذي المريض أثناء النوبة خاصة في مرحلة الاهتزازات.
- يجب ترك المريض حتى تنتهي النوبة بدون تدخل. وقد يشعر المريض بعدها بالحاجة إلى النوم فيجب التأكد حينها من أنه يتنفس بشكل طبيعي أثناء النوم.
- وأخيراً إستدعاء الطبيب إذا كانت النوبة طويلة أو نوبات متواصلة. (Dreisbasch, 1982)

إستسقاء الدماغ (Hydrocephalus)

يرتبط استسقاء الدماغ بحالات الإصابة الشديدة من الشق الشوكي، ويحدث استسقاء الدماغ عندما ينحصر ويحجز السائل المخي داخل تجاويف الدماغ. ويؤدي احتجاز السائل إلى كبر الجمجمة وزيادة الضغط التدريجي على خلايا الدماغ مما يؤدي إلى إتلافها وحدوث عدة إعاقات منها التخلف العقلي، والشلل، والإعاقة السمعية والبصرية. وتعتمد شدة الإصابة وتعددها على مقدار الضغط الذي يتركه السائل على خلايا الدماغ وكذلك على منطقة الإصابة. وتزداد الإصابة سوءاً بمرور الوقت خاصة إذا لم تتم معالجتها في مراحلها الأولية. وبشكل عام فإن الصعوبات التي تصاحب الإصابة باستسقاء الدماغ تكون على النحو التالي:

- مشكلات تربوية متعلقة في الفهم والاستيعاب.
- صعوبات في التآزر والتناسق البصري - الحركي.
- صعوبات حسية كالإعاقات السمعية والبصرية ... إلخ.
- صعوبات لغوية حيث تكون قدراتهم على التعبير الصحيح محدودة. (Bleck &Nagel. 1982)

شلل الأطفال (Polimyelitis)

يحدث شلل الأطفال نتيجة فيروس يصيب أنسجة الخلايا العصبية الحركية في النخاع الشوكي، وهو عرض معدي يصيب الطفل عن طريق الجهاز الهضمي والجهاز التنفسي. (البواليز، 2000).

ومع أن شلل الأطفال يصيب الأطفال قبل سن الخامسة من العمر، إلا أن الإصابة به يمكن أن تحدث لكافة المراحل العمرية، إلا أن انتشارها يكون أكثر وتأثيرها بالغ في حالة الأطفال صغار السن.

ونتيجة للتقدم الطبي والوعي الصحي واكتشاف الأمصال والمطاعيم فإن انتشار هذا المرض قد انحسر عما كان عليه عند اكتشافه.

وبما أن الإصابة تحدث للأعصاب المسؤولة عن الحركة فإنه يتوقع أن تكون القدرات العقلية واللغوية والسمعية والبصرية لدى الشخص المصاب عادية، وبذلك يمكن استفادة المصاب من البرامج المقدمة للأطفال العاديين في المدارس العادية.

أعراض شلل الأطفال:-

يصاب الطفل في حالة شلل الأطفال بأعراض مشابهة لأعراض الأنفلونزا، مصحوبة بالحمى وآلام في الظهر والرقبة وصداع وقيء وإسهال، ثم يعاني الطفل من إرتفاع مفاجئ في درجة الحرارة تختفي بالتدريج خلال ثلاثة أيام ثم فجأة تظهر أعراض الشلل على شكل آلام بالعضلات والأطراف. تنتقل الإصابة إلى النخاع الشوكي بعد مهاجمة الفيروس القناة الهضمية وإنتقاله إلى الغدد الليمفاوية ثم إلى الدم، حيث يكون بإمكانه مهاجمة الخلايا العصبية للنخاع الشوكي فتتورم وتفقد قدرتها على العمل. وتصاب أيضاً مجموعة الأنياف العضلية المزودة بهذه الأعصاب، فتصبح مؤلمة وتضمر وتشل حيث يبدأ عندها المصاب بعدم تحريك عضلاته وإبقائها في وضع أقل إيلاماً مما يجعلها تنكمش. (القريوتي وآخرون، 2001).

علاج شلل الأطفال:

أن الهدف الرئيسي من علاج حالة شلل الأطفال تتمثل في التخلص من الآثار الناجمة عن هذا المرض، وتحديداً يتضمن العلاج ما يلي:-

- محاولة إعادة تأهيل المريض للعيش بإستقلالية مع المحافظة على الوظائف الحيوية اللازمة.
- المحافظة على وضع جسمي سليم للمريض أثناء الجلوس أو النوم.
- معالجة تقلص العضلات والأوتار.
- التركيز على العلاج الطبيعي. (Umbriet, 1983).
- تصلب الأنسجة العصبية (Multipe Sclerosis)
- تصلب الأنسجة العصبية مرض يصيب المراهقين وكبار السن. وهو مزمن ويسبب تدهوراً مستمراً ودائماً للجهاز العصبي ويؤدي في النهاية إلى تصلب وتلف الغمد النخاعي لبعض الأعصاب، يصعب التنبؤ بمستقبل المريض، فقد يعيش الفرد المصاب حياته العادية دون أي مشاكل، ولكن إذا كان حضوره إلى المدرسة أو مكان العمل صعباً فيجب أن يتلقى البرامج التربوية والتأهيلية الخاصة.

تصاحب الإصابة بهذه الحالة مشكلات حسية متعددة، وخاصة البصرية منها، إضافة إلى جملة الاضطرابات والصعوبات الأخرى من مثل ضعف العضلات والشلل التشنجي والاضطرابات الانفعالية. (Hallahan & Kauffman, 1991).

ثانياً:- الإصابات المتعلقة بالهيكل العظمي (Skeletal Impairments)

- تشوه وبتر الأطراف:(Amputations)

إن تشوه وبتر الأطراف يشمل ما يلي:

1-غياب جزء من أحد الأطراف (Amelia)

2- غياب معظم أو جميع الأطراف (Hemimelia)

3- صغر حجم أحد الأطراف بشكل واضح (Phocomelia)

تحدث إصابة تشوه وبتر الأطراف بنسبة كبيرة في الأطراف العليا مقارنة بالأطراف السفلى.

أما أهم الأسباب التي تؤدي إلى هذه الحالة فهي:

- إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.
- تعرض الأم للأشعة.
- تعاطي الأم للمخدرات أو بعض الأدوية المهدئة.
- إصابة الأم بالتسمم بالمواد الكيماوية.
- الحوادث والإصابات والحروق التي تؤدي إلى قطع أو بتر طرف من الأطراف.

هذا وتشمل علاج هذه الإصابة على عدد من الأساليب أهمها:

- العمليات الجراحية.
- العقاقير الطبية.
- إستبدال الأطراف المصابة بأطراف صناعية.
- العلاج الطبيعي لغايات إعادة تدريب وتأهيل الأطراف (السرطاوي والصمادي، 1998).

تشوه القدم (Club Foot)

تظهر هذه التشوهات نتيجة لإلتهابات المفاصل والقدم، مما يؤدي إلى عدم توازن العضلات والعظام وبالتالي إنحرافها إلى الداخل أو الخارج هذا ويغلب على هذه الإصابة الأسباب الوراثية وتزداد الإصابة عند الذكور عنها لدى الإناث.

أما عن طرق علاج هذه الإصابة فهي:

- العمليات الجراحية.
- الأدوية والعقاقير الطبية.
- الجبائر والجبس.
- الأجهزة المساندة للمنطقة المصابة.
- وهناك أشكال أخرى من اضطرابات القدم أهمها:

1- القدم المسحاء:

وهو خروج كعب القدم للخارج عند المشي ليكون ثقل القدم على الجزء الداخلي الأوسط للقدم أي يصبح القدم منبسطاً تماماً وماسحاً.

2- القدم الحنفاء:

وهو تشوه خلقي للقدم يظهر منذ الولادة، حيث يلاحظ تقوس في القدم وعظام الأصابع مع زيادة في القعر الطبيعي الموجود في قاع القدم. (البواليز، 2000).

التهاب الورك (Legg -Perhesdisease):

تنتج هذه الإصابة عن نقص كمية الدم اللازمة التي تصل إلى مراكز عظم الفخذ المتصلة بالجذع. وبما أن الدم يعتبر ضرورياً للنمو الطبيعي لعظام الجسم، فإن نقصه يؤدي إلى ضعف مركز عظم الفخذ وموته تدريجياً مما يسمح بنمو لعظام جديدة. سبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف على الإطلاق. أما نجاح علاجها فإنه يكمن في كشف الإصابة والتدخل العلاجي أو الجراحي المبكر أيضاً. ويفيد التدخل المبكر خلال مراحل الإصابة الأولى في علاج الإصابة أولاً، وفي حماية المصاب من حدوث أية مضاعفات أخرى من مثل التهابات المفاصل.

عدم إكتمال نمو العظام أو (العظام الهشة) (Osteogenesis Lmperfecta):

يتصف هذا المرض بعدم اكتمال نمو العظام بشكل طبيعي مما يؤدي إلى قصرها، وعدم اكتمال حجمها الطبيعي إضافة إلى أنها تصبح هشة ولينة مما يجعلها قابلة للكسر جراء أية إصابة حتى لو كانت بسيطة. وحين حصول الكسر أو أية إصابة للأطراف فإنه يصعب جداً التحامها وعودتها إلى حالتها السابقة. وقد تؤدي الإصابة إلى الإعاقات السمعية بسبب إصابة عظام الأذن الداخلية. بالنسبة للقدرات العقلية للمصابين بهذه الحالة فإنهم يتمتعون بقدرات عقلية عادية. (القريوتي وآخرون، 2001).

إلتهاب العظام (Osteoarthritis):

تحدث هذه الإصابة عادة في المراحل المتوسطة أو المتأخرة من العمر، خاصة للأفراد الذين يعانون من إصابات في الهيكل العظمي، وأمراض المفاصل، أو فقدان أحد الأطراف، أو الوزن الزائد، أو من يتعرضون للحوادث المختلفة. كما أن حالات إلتهاب العظام عبارة عن مضاعفات شائعة جداً للإصابات والحروق وكذلك لدى الأشخاص الذين فقدوا الإحساس في أيديهم وأقدامهم، ونظراً لأن الشخص المصاب لا يشعر بالألم فإنه غالباً ما لا يريح المنطقة المصابة ولا ينظفها ولا يحميها، ونتيجة لذلك فإنها تصاب بالإلتهابات، وتدريجياً الإصابة عمقاً حتى تصل إلى العظم.

خلع الورك الولادي (Congenital Dislocation of Hips)

تحدث هذه الحالة عندما يكون عظم الفخذ في الورك خارج تجويفه للأطفال حديثي الولادة. قد يحدث الخلع في أحد الجوانب أو يمكن أن يكون في الجانبين. وبسبب وجود هرمونات تسبب ارتخاء المفاصل عند الإناث، فإن نسبة إصابة الإناث تفوق كثيراً نسبة إصابة الذكور. وإذا ما تم اكتشاف حالة خلع الورك الولادي في الأشهر الأولى من العمر فإن المعالجة تكون فعّاله، بينما في الأعمار المتقدمة يكون العلاج أكثر صعوبة وربما يحتاج إلى إجراء عملية جراحية.

أما عن أسباب حدوث خلع الورك الولادي فيمكن إيجادها بما يلي:

- تلعب العوامل الوراثية دور أساسي في هذه الحالة.
- تعرض الطرف السفلي للجنين أثناء الولادة للضغط الزائد.
- نقص السائل الامينوسي له آثار واضحة على هذه الحالة.

التهاب المفاصل (Arthrities)

تحدث هذه الحالة نتيجة تلف العظام والأنسجة والأوعية الدموية المحيطة بالمفاصل وتلف الغضاريف والأعصاب، وتظهر على شكل تورم المفاصل والأنسجة وإلتهابها، مما يؤدي إلى ألم مستمر وتيبس في الأطراف المصابة وبالتالي حدوث تشوهات جسدية وعاهات دائمة.

أما عن طريقة علاج هذه الحالة فتتطلب ما يلي:

- إراحة المصاب وعدم قيامه بأعمال مجهدة.
- استخدام الجبس لتثبيت المفصل المصاب.
- استخدام الأدوية والعقاقير الطبية.
- التدخل الجراحي للحالات الشديدة.

إلتهاب المفاصل الرثوي (الروماتيزمي) (Bheumatiod Arthritis)

يصيب هذا الإلتهاب عادةُ الأطفال اليافعين، وهو يصيب الإناث أكثر من الذكور. ويعتبر سبب هذه الحالة غير معروف إلى الإطلاق، وفي هذه الحالة تحدث إلتهابات في المفاصل وأورام وغير ذلك، وإذا إمتدت الإصابة إلى مفاصل الجسم المختلفة فإنها تحد من قدرة

الشخص على تأدية الوظائف المختلفة، وقد تفقد العضلات في اليدين قوتها وقدرتها على الحركة. وكذلك فإن الألم والتصلب قد يؤثر على تأدية الطالب للنشاطات المدرسية والقدرة على التحّمل المدرسي، لذلك لا بد من تفهم ذلك والعمل على مساعدة الطالب المصاب.

أما علاج هذه الحالة فيكاد يقتصر على مادة الأسبرين الذي يعتبر العلاج الوحيد للتخفيف من الآثار المترتبة على الإصابة. (البواليز، 2000، ص: 65).

شق الحلق والشفة(Cleft &Lip Palate)

إن الإصابة بشق الشفة في الغالب يكون ثانوياً يصاحبه إصابات رئيسية من مثل إصابة القلب أو تشوهات الوجه والأطراف. وتعتبر الوراثة عاملاً رئيسياً للإصابة بهذه الحالة، وتحدث حينما لا يتم نمو أجزاء الوجه بشكل سليم في الأشهر الأولى من حياة الجنين. وقد لا تحدث الإصابة لشفة واحدة أو كليهما، وقد تكون الشفة صغيرة أو ممتدة كثيراً، وقد تصل شق الشفة إلى الحلق فتكون الإصابة في هذه الحالة مزدوجة بشق الشفة والحلق معاً.

ومن أبرز المشكلات المترتبة على الإصابة بشق الحلق والشفة صعوبة بلع الطعام، أو الشراب الذي قد يؤدي إلى صعوبة في التنفس والاختناق، وكذلك مشكلات في النطق والكلام نتيجة إصابة الأنسجة المكونة للحبال الصوتية، بالإضافة إلى فقدان السمع في بعض الحالات عندما تصل إصابة شق الحلق إلى الأذن الوسطى. هذا وتبلغ نسبة الإصابة بهذه الحالة حوالي (0,005).

ميلان وإنحراف العمود الفقري (Scoliosis)

في هذه الإصابة تكون عظام الكتف في أحد الجوانب أعلى من الجانب الآخر وكذلك يكون أحد عظام الفخذ أعلى من الجانب الآخر ومن الملفت للنظر أن هذه الإصابة لا تصحبها أية آلام، ولكن المشكلة تكون عادةً في المشي أو التنفس وكذلك في المظهر الخارجي للمصاب والمتمثل في تحدب الظهر أو إنحرافه وميلانه.

ومما يجدر ذكره أن معظم الأسباب المؤدية للإصابة غير معروفة، كما أن هذه الإصابة تكثر لدى الإناث من الذكور.

أما البرنامج العلاجي لهذه الإصابة فيتمثل في:

1- تقليل حركة المصاب أكبر قدر ممكن

2- استخدام أجهزة لتصحيح الميلان.

3- اللجوء للعمليات الجراحية للحالات الشديدة (Bigge, 1982).

ثالثاً: إصابات العضلات(Muscular Impairments)

- ضمور وانحلال العضلات (Muscular Destrophy)

وهو مرض يؤدي إلى تلف وضمور في جميع عضلات الجسم واستبدالها بأنسجة لحمية تالفة. يظهر المرض على شكل تغيرات في حركة الطفل واستخدام أجزاء من القدم عند المشي، وتعثر الطفل المصاب وكثرة وقوعه على الأرض ثم تحدث بعد ذلك أعراض تضخم وانتفاخ في العضلات، وحدوث تشوهات في القدم، وضعف عضلات الوجه السفلية وتشوهات في جميع الرقبة والهيكل العظمي. أما عن سبب الإصابة بهذه الحالة فهي غير معروفة تماماً، وهي حالة تصيب الأطفال الذكور أكثر من الإناث، أما طريقة العلاج فإنه يتم استخدام:

- العقاقير الطبية.
- العمليات الجراحية.
- العلاج الطبيعي.

إنحلال وضمور عضلات النخاع الشوكي (Spinal Muscular: Atrophy)

تنتج الإصابة بهذا المرض عن تحلل وتلف الخلايا العصبية للجزء الأمامي من النخاع مما يؤدي إلى الوفاة المبكرة أو الإصابة المزمنة. ويمكن أن تحدث الإصابة لدى الأطفال بحيث تؤدي غالباً إلى الوفاة المبكرة أو أنها تصيب الأفراد في مراحل متأخرة من العمر. ويعتبر سبب الإصابة بهذه الحالة غير معروف، إلا أن الوراثة تلعب دوراً رئيسياً حيث يحمل كل من الأب والأم خللاً في الجينات المتنحية أو السائدة.

وتتلخص أعراض الإصابة فيما يلي:

- تأخر مستمر في نمو العضلات المركزية والطرفية بحيث تشبه في أعراضها الإصابة بضمور وانحلال العضلات.
- ضعف عضلات الفخذ وما ينتج عنه من صعوبات في الجلوس والوقوف والمشي مما يؤدي إلى الوقوع المستمر وعدم التوازن وصعوبات في صعود الدرج أو نزوله.

- ضعف في عضلات الظهر والكتف التي تسبب صعوبات في القيام ببعض المهارات الحياتية اليومية مثل تمشيط الشعر وغسل الوجه وانحناء الظهر والالتفاف يميناً أو يساراً.
- صعوبات في الأعصاب القحفية أو الجمجمية وبالتالي صعوبات في البلع والتنفس والنطق.

ويلاحظ من أعراض هذه الإصابة أنها تختلط مع أمراض العضلات الأخرى كإصابة ضمور وتحلل العضلات، مما يؤدي إلى صعوبات كبيرة في تحديد كل حالة. (القريوتي وآخرون، 2001) (Bigge, 1982).

رابعاً:- الإصابات الصحية (Health Impairments)

الربو (الأزمة الصدرية) (Asthma)

هي رد فعل تحسسي ينجم عنه صعوبات في الشهيق بسبب تضيّق القصبات الهوائية، ومن أبرز أعراض هذه الحالة:

- الإحساس بالإختناق والشعور بالضيق.
- السعال المتواصل.
- خروج أصوات بسبب صعوبة التنفس.
- زيادة ضربات القلب.
- التعرق وارتفاع الضغط.
- إزرقاق حول الشفتين وذلك بسبب نقص الأوكسجين.

تبدأ الإصابة في العادة بالتهابات معينة في جهاز التنفس أو التعرض للمثيرات البيئية أو الحساسية المفرطة، مما يؤدي إلى صعوبة ومشقة كبيرة في عملية التنفس. وفي حالات الإصابة الشديدة فإنه يصاحبها زرقة في أطراف الأصابع والشفتين وإصدار صفير اثناء التنفس، إضافة إلى القلق وعدم المقدرة على النوم بشكل عادي نتيجة للسعال المستمر. وتزيد من حدة الإصابة حالات البرد والنشاط الزائد للطفل (Heward &Orlansky, 1988)

الإلتهاب الكيسي التليفي (Cystic Fibrosis)

هو عبارة عن مرض وراثي يصيب الرئتين والبنكرياس ويؤدي إلى تليفهما أو تكيسهما، ثم تمتد الإصابة في مراحلها الشديدة إلى بقية أعضاء الجسم الداخلية عندما تتراكم مادة مخاطية لزجة وسميكة ليس فقط في الرئتين والبنكرياس بل في معظم أعضاء الجسم الداخلية كالمعدة والأمعاء والغدد (Bleck &Nagel, 1982).

تبلغ نسبة حدوث هذا المرض حوالي (0,005) ويعتبر من أكثر الإصابات التي تؤدي إلى وفاة الأطفال.

هذا ويمكن التعرف على الحالة واكتشافها عند ملاحظة وجود السائل المخاطي الكثيف في براز الطفل، إضافة إلى انه يمكن أيضاً التعرف عليها في مراحلها الأولية، عند ملاحظة وجود صعوبات في التنفس لدى الطفل وما يصاحبها من سعال مستمر إلى الحد الذي يشبه حدوث أزمة صدرية لديه. ويستطع الطبيب تشخيص الحالة بدقة من خلال فحص المريض سريرياً، أو إجراء عملية تنظير لمعدته وأمعائه الداخلية لكشف كمية السائل المخاطي المترسب لديه.

إصابات القلب عند الأطفال (Heart Disease)

تشكل نسبة الإصابة الفطرية بأمراض القلب حوالي (0,006) من حالات الأطفال حديثي الولادة. وتعتبر هذه نسبة عالية جداً بالمقارنة مع حالات الإصابة المكتسبة في هذه المرحلة العمرية. لا تعرف أسباب الإصابة تماماً، ويعتقد أن خلل الجينات يشكل نسبة كبيرة من هذه الحالات، فعلى سبيل المثال فإن الإصابة بأعراض الداون (متلازمة الداون) المصحوبة بإصابة القلب عند (40%) من الحالات تعتبر شكلاً من أشكال الخلل في الجينات (Bleck &Nagel, 1982).

ويعتقد أيضاً أن الأمراض والظروف البيئية لها علاقة بالإصابة بأمراض القلب، من مثل إصابة الحامل بالحصبة الألمانية خاصة في الأشهر الثلاثة الأولى للحمل، وقد أثبتت الدراسات الحديثة أن التدخين والإدمان على المخدرات والكحول الذي تتناوله الأم الحامل له علاقة قوية أيضاً بالإضافة بأمراض القلب عند الجنين. (القريوتي وآخرون، 2001، ص: 316).

متلازمة داون (Syndrome Down`s)

لقد تم الحديث بالتفصيل عن هذه المتلازمة في فصل الإعاقة العقلية.

قياس وتشخيص الإعاقات الجسمية والصحية

لقد أشارت بيجي (1986) إلى ضرورة تقييم الجوانب الآتية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً:

- المهارات الأكاديمية الأساسية.
- التحصيل الأكاديمي.
- المهارات الإدراكية.
- التطور المعرفي.
- التطور اللغوي ومهارات الإتصال.
- المهارات الشخصية والاجتماعية.
- السلوك التكيفي الجسدي.
- الاهتمامات والقدرات.
- المهارات الوظيفية (Bigge, 1986).

أما مسؤولية التعرف على الأطفال المعوقين جسمياً وصحياً فتقع على كاهل فريق من الأطباء المتخصصين وذلك من خلال قيامهم بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة والتي تشمل:

أ) دراسة العوامل الوراثية.

ب) دراسة مظاهر النمو الحركي.

ثم بعد ذلك تقديم العلاج المناسب.

ومما يجدر إشارته بأن الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية والصحية قد يعانون من التوتر والإحباط مما يمنعهم أثناء التشخيص من إظهار مهاراتهم على أحسن وجه وهذا ما يجب على الفاحصين أخذه بعين الإعتبار كما أشار كل من بليك وناجيل (1982) (Bleck & Nagel, 1982)

الخصائص السلوكية للمعوقين جسمياً وصحياً

يعد من الصعوبة بمكان الحديث عن الخصائص السلوكية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً وذلك للعديد من الأسباب أهمها:

أ- إختلاف خصائص كل مظهر من مظاهر الإعاقات الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

ب- إختلاف درجة كل مظهر من مظاهر الإعاقة الجسمية والصحية عن المظاهر الأخرى.

وعلى سبيل المثال قد نجد الخصائص السلوكية للأطفال ذوي الشلل الدماغي متمايزة عن الخصائص السلوكية للأطفال المصابين بالصرع، وهكذا، على ذلك يصعب على الدارس لموضوع الخصائص السلوكية العامة كالتحصيل الأكاديمي والسمات الشخصية، بالنسبة لبعض مظاهر الإعاقة الحركية، وعلى سبيل المثال. فقد يختلف مستوى التحصيل الأكاديمي من فئة إلى آخرى من فئات الأطفال المضطربين حركياً، إذ يصعب على الأطفال ذوي الشلل الدماغي وذوي الاضطرابات في العمود الفقري، أو ضمور العضلات أو التصلب المتعدد، إتقان المهارات الأساسية في القراءة والكتابة، في حين قد يكون ذلك ممكناً بالنسبة للأطفال المصابين بالصرع، أو شلل الأطفال، ويعتمد الأمر على مدى درجة الإعاقة في حالات الصرع، وشلل الأطفال، وتوفر الفرص التربوية المناسبة.

أما بالنسبة للخصائص الشخصية للمعوقين جسمياً وصحياً، فتختلف تبعاً لإختلاف مظاهر الإعاقة، ودرجتها، وقد يكون لمشاعر القلق، والخوف، والرفض، والعدوانية، والانطوائية، والدونية، من المشاعر المميزة لسلوك الأطفال ذوي الاضطرابات الجسمية والصحية.

البرامج التربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

بالرغم من إختلاف البرامج التربوية المناسبة للأطفال المعوقين جسمياً وصحياً وذلك تبعاً لنوع الإعاقة ودرجتها إلا آنه يمكن أن نميز البرامج التربوية التالية لهم:

1- مراكز الإقامة الكاملة: وتناسب مثل هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي، اضطرابات العمود الفقري، ووهن العضلات والتصلب المتعدد، وقد تأخذ مراكز الإقامة الكاملة بالنسبة لهذه الحالات شكل الأقسام الملحقة بالمستشفيات، حيث يقيم الأطفال ذوي الاضطرابات الحركية في تلك الأقسام، حيث تقدم لها الرعاية الطبية والتربوية المناسبة.

2- مراكز التربية الخاصة النهارية: وتناسب هذه المراكز الأطفال ذوي الشلل الدماغي،

وخاصة المصاحبة لمظاهر الإعاقة العقلية، حيث يتلقى الأطفال في هذه المراكز النهارية برامج علاجية كالعلاج الطبيعي وبرامج تربوية تتناسب ودرجة الإصابة بالشلل الدماغي ودرجة الإعاقة العقلية كمهارات الحياة اليومية والمهارات الأساسية اللغوية.

3- برامج الدمج الأكاديمي: وتناسب هذه البرامج الأطفال المصابين بشلل الأطفال أو الصرع، أو السكري، أو التهاب المفاصل، أو الربو، وقد تأخذ برامج الدمج شكل الصفوف الخاصة الملحقة بالمدرسة العادية أو الدمج الأكاديمي الكامل في الصفوف العادية، ومن المناسب أن تعمل المدارس على إجراء بعض التعديلات في البناء المدرسي وذلك لتناسب مثل هذه التعديلات الطلبة الذين يستخدمون الكراسي المتحركة، وتتضمن تلك التعديلات الممرات الخاصة وإزالة العوائق البنائية.

برامج التأهيل للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

يندرج تحت بند البرامج العلاجية والتربوية للأفراد المعوقين جسمياً وصحياً ما يطلق عليه برامج التأهيل (Rehabilitation Programs) ويقصد بها تلك البرامج التي تعمل على تنمية ومساعدة الفرد المعوق على النمو إلى أقصى حد ممكن من النواحي الجسمية والعقلية والتربوية والمهنية، وتتضمن برامج التأهيل البرامج الآتية:

1-التأهيل الطبي (Medical Rehabilitation) ويقصد بذلك تأهيل الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً من الناحية الجسمية، وذلك من خلال تزويدهم بالأطراف الصناعية المناسبة، أو استخدام العلاج الطبيعي (Physical Therapy) والذي يعاني من الآم جراء الإصابة استخدام المساج والتدليك،والعلاج بالماء (Hydro Therapy) لبعض حالات الإعاقة.

2- التأهيل المهني (Vocational Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسمياً وصحياً من الناحية المهنية، وذلك من خلال تدريبه على مهنة ما ثم العمل على إيجاد فرص العمل المناسبة له.

3- التأهيل الاجتماعي (Social Rehabilitation): ويقصد بذلك تأهيل المعاق جسمياً وصحياً من الناحية الاجتماعية، وذلك من خلال مساعدته على التكيف الاجتماعي، ويعتبر العلاج بالعمل (Occupational Therapy) من البرامج الاجتماعية التي تعمل على تنمية ما تبقى لدى الفرد من قدرات عقلية وجسمية تمكنه من القيام بعمل ما، وبالتالي مساعدته في عملية التكيف الاجتماعي.

تعديل البيئة لملائمة الأفراد المعوقين جسمياً وصحياً

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين النمو الحركي والنمو النفسي فالنمو غير الطبيعي قد ينجم عنه صعوبات في التكيف واضطرابات إنفعالية. ومن القيود على حركة الطفل ما يتصل بالإعاقة الحركية ذاتها ومنها ما يتصل بعوامل خارجية، فالإعاقة تفرض قيوداً تشعره بالإحباط والغضب، فهو يريد أن يستقل ويعتمد على نفسه وأن لا يكون عالة على أسرته وعلى الآخرين، ولا بد من تعديل البيئة الملائمة للفرد المعوق جسمياً وصحياً سواء في البيت أو المدرسة أو المواصلات أو الشارع، وفي المجتمع بشكل عام(Linderman, 1981)

أولاً:- تكييف المنزل:

تعتمد نوعية التكييف المطلوب في المنزل على نوعية الإعاقة التي يشكو منها الطفل. وشدة الإعاقة وعمر الطفل، فالتكييف المطلوب لطفل كفيف يختلف عن التكييف المطلوب لطفل مشلول يستخدم كرسي متحرك. فمثلاً إن سطحاً مائلاً بسيطاً أمام المنزل يساعد الطفل على دخول المنزل على كرسي ذي عجلات ويمكن عمله من الخشب أو الإسمنت.

ثانياً:- تكييف المدرسة:

أ) عند وجود الأطفال المعوقين جسدياً في المدرسة علينا أن نتذكر احتياجاتهم الخاصة ونحاول القيام بتلبيتها، فالأطفال العاجزون عن النهوض أو الركض، يجب أن لا يقضوا يومهم وهم جالسون على الكراسي، لإن ذلك قد يؤدي إلى حدوث تفقعات. وأقدام متورمة وعظام وسيقان ضعيفة وغيرها من التشوهات. (البواليز، 2000).

ب) الأطفال الذين يجدون صعوبة في إمساك القلم أو الفرشاة أو تقليب صفحات الكتاب يمكنهم استخدام قطعة من أنبوب أو من غصن شجرة أو كرة مطاطية للإمساك بالقلم.

وهناك شروط للمبنى المدرسي الخاص بالأفراد المعوقين جسمياً وصحياً منها:-

- لا بد أن يكون المبنى المدرسي في منطقة تتوفر فيها الخدمات المناسبة وبعيد عن كثافة السير وأصوات المصانع.
- لا بد من توفر مساحة من الأرض لمراعاة إمكانية التوسع.
- لا بد أن يكون المبنى واحداً لا مجموعة بنايات وأن يكون من طابق واحد لتجنب وجود أدراج.

-لا بد من أن تكون الغرف واسعة وأن يتوفر عدد كافٍ من الحمامات والوحدات الصحية والتهوية والإنارة ومكان للألعاب والحدائق.

- يفضل الأثاث الخشبي الخالي من وجود حواف وأطراف حادة به.

وكذلك فإنه لا بد من إزالة الحواجز البيئية لتسهيل إندماج المعوقين جسمياً وصحياً في مجالات الحياة ومنها:

أ- الحواجز العمرانية، مثل ضيق الأبواب والمصاعد.

ب- تكييف المواصلات، مثل تصميم سيارات تقاد باليد للمعوقين حركياً.

ج- الحواجز الثقافية، وذلك من خلال تطوير الأساليب والوسائل التعليمية للمعاقين جسمياً وصحياً.

د- الحواجز في أماكن العمل، وهي العوائق التي تمنع المعوقين جسمياً وصحياً من دخول أماكن العمل في المؤسسات الحكومية والخاصة (Linderman, 1981)

مـراجــع الفصل الخامس

المراجع العربية

- البواليز. محمد عبد السلام (2000) الإعاقة الحركية والشلل الدماغي، الطبعة الأولى، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.
- السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1998) الإعاقات الجسمية والصحية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، دبي.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (2001) المدخل إلى التربية الخاصة، الطبعة الثانية، دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.
- الكسواني، نادر يوسف (1993) الشلل الدماغي - التطور الحركي والإدراكي، زهران للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.

المراجع الأجنبية:-

-Belck, E., Nagel, D. (1982),**Physically handicapped Children:** Amed ical atlas for teachers (2nd ed.). NY: Grune &Stratton.

-Bigge, J.L. (1986),**Teaching individuals with physical &multiple dis -abilities.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

-Derisbasch, M., et, al. (1982),Educational intervention for children with epilepsy: A challenge for collaborative Service delivery. **Journal of Special Education,** 16, 111-121

-Hallahan, D., Kauffman, J., (1991), **Exceptional Children,** Englewood Cliffs: Hall. -New Jersey, Prentice

ohio: --Heward, W., &Orlansky, M.,(1988). **Exceptional children,** Columbus charles E. Merill.

-Linderman, J., (1981),**Psychological and behavioral aspects of physi -cal disability.** NY: Plenum Press.

-Patton, J., Blackbourn, J., &Fad, k. (1996),**Exceptional individuals in focus.** Englewood Cliffs, N.J: Prentic.

-Rowley, F. &Reigel, D. (1993),**Teaching the student with spaina bifida.** Baltimore: Paul H. Brookes.

-Umbriet, J. (1983), **Physical disabilities and health conditions: An in- troduction.** Columbus, Ohio: Charles E. Merrill.

الفصل السادس

صعوبات التعلم

(Learning Disabilities)



صعوبات التعلّم

(Learning Disabilities)

مقدمة

أصبح الاهتمام في مسألة التعليم اليوم ضرورة حتمية، لما له من أهمية في الحياة اليومية، وتحديد المكانة الاجتماعية للفرد، لا سيما أننا قد أصبحنا في الألفية الثالثة، والتي تمتاز بالتطور التكنولوجي والمعرفي، الذي يتيح الفرصة أمام جميع أبناء البشر للحصول على ما يريدون. حتى أولئك الذين يعانون من صعوبات خاصة في التعلم والتأقلم الاجتماعي يمكنهم الاستفادة من الوسائل التكنولوجية المنتشرة.

تعد صعوبات التعلم اصطلاحاً تربوياً حديثاً، يطلق على مجموعة غير متجانسة من الطلبة ذوي الاحتياجات الخاصة، ممن هم غير مشمولين ضمن فئات الاحتياجات الخاصة، كالصم، والمكفوفين، والمعوقين عقلياً، وذوي الاضطرابات الانفعالية، وما شابه ذلك.

هذا وتعتبر صعوبات التعلم من الموضوعات الجديدة في مجال التربية الخاصة التي شهدت نمواً متسارعاً، واهتماماً متزايداً بحيث أصبحت محوراً للعديد من الأبحاث والدراسات.

كما شهد مجال صعوبات التعلم تطوراً هامة خلال النصف الثاني من القرن الماضي (القرن العشرين)، وكانت أكثر التطورات أهمية هي تعاظم وتزايد الوعي لدى الأجيال المتعاقبة من أفراد المجتمعات بحق الجميع في الحصول على فرص تعليمية متكافئة. وقد شكلت تلك التوجيهات دعماً متزايداً للفكر النظري والبحثي لمجال صعوبات التعلم.

وكان للتقدم الذي أحرزه مجال صعوبات التعلم في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن الماضي بالغ الأهمية، فقد تحدد مفهوم صعوبات التعلم وتم إقراره، كما انتشرت وتوسعت وتنوعت برامج التربية الخاصة في المدارس العامة وتكاتفت الجهود لبناء وإعداد الأدوات والإختبارات وأساليب التشخيص والتقويم في هذا المجال.

ومما يجدر ذكره أن هنالك كثير من التخصصات التي اعتنت بهذا المجال وأولته الكثير من الرعاية والاهتمام وذهبت تمعن النظر في أساسه ونتائجه على الطفل على المدى البعيد، ومن هذه الميادين هنالك علماء من تخصصات مختلفة من علم النفس والتربية، علم

الأعصاب والطب النفسي وطب الأطفال لتقديم تفسير مقنع لتوضيح أسباب هذه المشكلة وإيجاد أفضل الأساليب من أجل خدمة تلك الفئة من الأطفال.

ما هي صعوبات التعلم؟

في الواقع أن هناك العديد من التعاريف لصعوبات التعلم، ومن أشهرها أنها الحالة التي يظهر صاحبها مشكلة أو أكثر في الجوانب التالية:

القدرة على استخدام اللغة أو فهمها، أو القدرة على الإصغاء والتفكير والكلام والقراءة أو الكتابة أو العمليات الحسابية البسيطة، وقد تظهر هذه المظاهر مجتمعة وقد تظهر منفردة. أو قد يكون لدى الطفل مشكلة في اثنتين أو ثلاث مما ذكر.

فصعوبات التعلم تعني وجود مشكلة في التحصيل الأكاديمي (الدراسي) في مواد القراءة/ الكتابة/ أو الحساب،وغالباً يسبق ذلك مؤشرات، مثل صعوبات في تعلم اللغة الشفهية (المحكية)، فيظهر الطفل تأخراً في اكتساب اللغة، وغالباً يكون ذلك متصاحباً بمشاكل نطقية، وينتج ذلك عن صعوبات في التعامل مع الرموز، حيث إن اللغة هي مجموعة من الرموز (من أصوات كلامية وبعد ذلك الحروف الهجائية) المتفق عليها بين متحدثي هذه اللغة والتي يستخدمها المتحدث أو الكاتب لنقل رسالة (معلومة أو شعور أو حاجة) إلى المستقبل، فيحلل هذا المستقبل هذه الرموز، ويفهم المراد مما سمعه أو قرأه. فإذا حدث خلل أو صعوبة في فهم الرسالة بدون وجود سبب لذلك (مثل مشاكل سمعية أو انخفاض في القدرات الذهنية)، فإن ذلك يتم إرجاعه إلى وجود صعوبة في تعلم هذه الرموز، وهو ما نطلق عليه صعوبات التعلم.

إذن الشرط الأساسي لتشخيص صعوبة التعلم هو وجود تأخر ملاحظ، مثل الحصول على معدل أقل عن المعدل الطبيعي المتوقع مقارنة بمن هم في سن الطفل، وعدم وجود سبب عضوي أو ذهني لهذا التأخر (فذوي صعوبات التعلم تكون قدراتهم الذهنية طبيعية)، وطالما أن الأطفال لا يوجد لديهم مشاكل في القراءة والكتابة، فقد يكون السبب أنهم بحاجة لتدريب أكثر حتى تصبح قدرتهم أفضل، وربما يعود ذلك إلى مشكلة مدرسية، وربما (وهذا ما أميل إليه) أن يكون هذا جزء من الفروق الفردية في القدرات الشخصية، فقد يكون الشخص أفضل في الرياضيات منه في القراءة أو العكس. ثم إن الدرجة التي ذكرتها ليست سيئة، بل هي في حدود الممتاز.

ويعتقد أن ذلك يرجع إلى صعوبات في عمليات الإدراك نتيجة خلل بسيط في أداء

الدماغ لوظيفته، أي أن الصعوبات في التعلم لا تعود إلى إعاقة في القدرة السمعية أو البصرية أو الحركية أو الذهنية أو الانفعالية لدى الفرد الذي لديه صعوبة في التعلم، ولكنها تظهر في صعوبة أداء هذه الوظائف كما هو متوقع.

ورغم أن ذوي الإعاقات السابق ذكرها يظهرون صعوبات في التعلم، ولكننا هنا نتحدث عن صعوبات التعلم المنفردة أو الجماعية، وهي الأغلب التي يعاني منها طفلك.

وتشخيص صعوبات التعلم قد لا يظهر إلا بعد دخول الطفل المدرسة، وإظهار الطفل تحصيلاً متأخراً عن متوسط ما هو من أقرانه - ممن هم في نفس العمر والظروف الاجتماعية والاقتصادية والصحية - حيث يظهر الطفل تأخراً ملحوظاً في المهارات الدراسية من قراءة أو كتابة أو حساب.

وتأخر الطفل في هذه المهارات هو أساس صعوبات التعلم، وما يظهر بعد ذلك لدى الطفل من صعوبة في المواد الدراسية الأخرى يكون عائداً إلى أن الطفل ليست لديه قدرة على قراءة أو كتابة نصوص المواد الأخرى، وليس إلى عدم قدرته على فهم أو إستيعاب معلومات تلك المواد تحديداً.

والمتعارف عليه هو أن الطفل نخضعه لفحص صعوبات تعلم إذا تجاوز الصف الثاني الابتدائي واستمر وجود مشاكل دراسية لديه. ولكن هناك بعض المؤشرات المبكرة لدى الطفل التي تدل على إمكانية حدوث مشكلة صعوبات التعلم لديه مستقبلاً أهمها:-

1- التأخر في الكلام أي التأخر اللغوي.

2- وجود مشاكل عند الطفل في اكتساب الأصوات الكلامية أو إنقاص أو زيادة أحرف أثناء الكلام.

3-ضعف التركيز أو ضعف الذاكرة.

4- صعوبة الحفظ.

5- صعوبة التعبير باستخدام صيغ لغوية مناسبة.

6- صعوبة في مهارات الرواية.

7- استخدام الطفل لمستويات لغوية أقل من عمره الزمني مقارنة بأقرانه.

8- وجود صعوبات عند الطفل في مسك القلم واستخدام اليدين في أداء مهارات مثل: التمزيق، والقص، والتلوين، والرسم.

وغالباً تكون القدرات العقلية للأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم طبيعية أو أقرب للطبيعية وقد تكون من الموهوبين. (Mercer, 1997). (Lerner, 2000).

تعريفات صعوبات التعلّم

لقد ظهر مصطلح صعوبات التعلم لأول مرة في عام (1963م) من القرن الماضي وكان اول من استخدم هذا الاصطلاح (صموئيل كيرك).

حيث اقترح كيرك (Kirk) الذي يعد من أشهر المختصين في هذا المجال. صيغة التعريف وقدمها إلى اجتماع لممثلي عدد من المجتمعات المهتمة بشؤون الأطفال الذين يعانون من تلف دماغي أو صعوبات في الإدراك. وتمت الموافقة على التعريف بنصه الآتي:-

((يشير مفهوم صعوبات التعلم إلى تأخر أو اضطرابات أو تخلف في واحدة أو أكثر من عمليات الكلام، اللغة، القراءة، التهجئة، والكتابة، أو العمليات الحسابية، نتيجة لخلل وظيفي في الدماغ أو اضطراب عاطفي أو مشكلات سلوكية. ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم الناتجة عن حرمان حسي أو تخلف عقلي أو حرمان ثقافي)). (Kirk and Chalfant, 1984).

ثم بعد ذلك تنوعت تعريفات العلماء حول مصطلح صعوبات التعلم وفيما يلي عرض لأهم هذه التعريفات:

- تعريف مايكل بست: لقد عرفها ((بأنها اضطرابات نفسية عصبية في التعلم وتحدث في أي سن وتنتج عن انحرافات في الجهاز العصبي المركزي وقد يكون السبب راجعاً إلى الإصابة بالمرض أو التعرض للحوادث أو لأسباب نمائية)).
- تعريف ليرنر: وقد تضمن بعدين رئيسيين هما

- البعد الطبي: لتعريف صعوبات التعلم، ويركز في هذا التعريف على ((الأسباب الفسيولوجية الوظيفية والتي تتمثل في الخلل العصبي أو تلف الدماغ)).
- البعد التربوي: لتعريف صعوبات التعلم ويشير ((إلى عدم نمو القدرات العقلية بطريقة منتظمة، ويصاحب ذلك عجز أكاديمي، وبخاصة في مهارات القراءة والكتابة والتهجئة، والمهارات العددية، ولا يكون سبب ذلك العجز الأكاديمي عقلياً أو حسياً، كما يشير التعريف التربوي إلى وجود تباين في التحصيل الأكاديمي والقدرة العقلية للفرد)). (Lerner, 2000).

وفي عام (1968م) وضعت اللجنة الوطنية الاستشارية لشؤون المعوقين والتابعة لمكتب التربية الأمريكي (National Advisory Committee On Handicapped Children) تعريفها مستندة بشكل أساسي إلى التعريف الذي اقترحه كيرك. وفي عام (1975م) اعتمد تعريف اللجنة كأساس لتعريف ذوي صعوبات التعلم الذي تضمنه القانون الأمريكي لتعليم المعوقين رقم 94-142 وتعديلاته اللاحقة في سنة (1990م) والذي ينص على أن:

((صعوبات التعلم الخاصة تشير إلى اضطراب في واحدة أو أكثر من العمليات النفسية الأساسية اللازمة سواء لفهم أو استخدام اللغة المنطوقة أو القراءة، وتظهر على نحو قصور في الإصغاء، أو التفكير، أو النطق، أو القراءة، أو الكتابة، أو التهجئة، أو العمليات الحسابية. ويتضمن هذا المصطلح أيضاً حالات التلف الدماغي، والاضطرابات في الإدراك، والخلل الوظيفي في الدماغ وعسر القراءة أو حبسه الكلام. ويستثنى من ذلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم والتي يمكن أن تعزى للتخلف العقلي أو لتدني المستوى الثقافي والاجتماعي أو للصعوبات البصرية أو السمعية أو الحركية أو الانفعالية)).

وعلى الرغم من ذلك فقد تعرض التعريفان لنقد شديد من قبل الكثير من المختصين لاستخدامهما بعض العبارات التي يصعب وصفها إجرائياً مثل العمليات النفسية والاضطرابات في الإدراك أو الخلل الوظيفي في الدماغ. كما أن بعض النقد تناول إغفال كلا التعريفين لتحديد درجة شدة الاضطراب أو التأخر حتى يمكن اعتبارها دالة على صعوبة تعلم خاصة (السرطاوي، 1988).

ونظراً لعدم الاتفاق بين مختلف الفئات المهتمة بذوي صعوبات التعلم على تعريف محدد لهذه الفئة فقد قامت عدد من الجمعيات الأمريكية ذات العلاقة بتشكيل لجنة مشتركة أوكل إليها مهمة التوصل إلى تعريف متفق عليه. وتم ذلك في عام (1981م) حيث تم التوصل إلى التعريف التالي:-

((صعوبات التعلم مفهوم عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تتمثل في درجة دالة من الصعوبة في اكتساب واستخدام أي من مهارات الإصغاء، والكلام، والقراءة، والكتابة، والحساب والمحاكمة)).

وتتصل هذه الاضطرابات بمشكلات داخلية لدى الفرد يمكن أن تعزى إلى عجز وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. وعلى الرغم من أن صعوبات التعلم يمكن أن تصاحب بصعوبات أو إضطرابات أخرى (كالصعوبة الحسية، التخلف العقلي، أو المشكلات

السلوكية) أو لآثار بيئية غير مستحبة (من مثل عدم كفاية فرص التعليم، والفروق الثقافية ..) إلا أنها ليست نتيجة لها (Lerner, 2000)

يتضح من التعريف السابق أنه يؤكد على أن صعوبات التعلم الخاصة تنتج عن خلل وظيفي للجهاز العصبي المركزي.

وفي عام (1984) أقرت الجمعية الأمريكية لصعوبات التعلم(The Association for Children and Adults With Learning Disabilities)تعريفاً أكثر شمولاً من حيث أنه لا يقتصر صعوبات التعلم على الأطفال في سن المدرسة على تعلم المهارات الأكاديمية الأساسية، بل يشمل الآثار المترتبة على الشخصية وفرص التفاعل الاجتماعي وأنشطة الحياة بشكل عام. كما أنه يتضمن إشارة واضحة لاختلاف درجة شدة الصعوبة. وينص التعريف على أن ((صعوبات التعلم الخاصة حالة مزمنة ذات منشأ عصبي تؤثر في نمو أو تكامل أو استخدام المهارات اللفظية أو غير اللفظية. وتظهر صعوبات التعلم الخاصة كصعوبة واضحة لدى أفراد يتمتعون بدرجات عالية أو متوسطة من الذكاء، وأجهزة حسية وحركية طبيعية، وتتوفر لديهم فرص التعلم المناسبة. وتختلف آثار هذه الصعوبات على تقدير الفرد لذاته وعلى نشاطاته التربوية والمهنية والاجتماعية ونشاطات الحياة الطبيعية باختلاف درجة شدة تلك الصعوبات)) (Hallahan &Kauffman, 1998)

ما الفرق بين كل من صعوبات التعلم، بطء التعلم، والتأخر الدراسي؟

من الطبيعي أن يحصل هنالك بعض الضبابية في التفريق بين هذه المصطلحات خصوصاً عند غير المختصين وربما يعود ذلك إلى ارتباط جميع هذه المصلحات بضعف التحصيل. حيث يعتبر القاسم المشترك بينها، لذلك سوف يتم توضيح بعض الجوانب التي نستطيع من خلالها التفريق بين هذه المصطلحات:-

أ- جانب التحصيل الدراسي:-

- طلاب صعوبات التعلم/ منخفض في المواد التي تحتوي على مهارات التعلم الأساسية (الرياضيات - القراءة - الإملاء).
- الطلاب بطيئو التعلم/ منخفض في جميع المواد بشكل عام مع عدم القدرة على الاستيعاب.
- الطلاب المتأخرون دراسياً/ منخفض في جميع المواد مع إهمال واضح، أو مشكلة صحية.

2- جانب سبب التدني في التحصيل الدراسي:-

-صعوبات التعلم/ اضطراب في العمليات الذهنية [الانتباه، الذاكرة، التركيز، الإدراك.]

- بطيئو التعلم/ انخفاض معامل الذكاء.

- المتأخرون دراسياً/ عدم وجود دافعية للتعلم.

3- جانب معامل الذكاء (القدرة العقلية):-

-صعوبات التعلم/ عادي أو مرتفع معامل الذكاء من (90) درجة فما فوق وفي الغالب متوسطي الذكاء فإعلى (100) فأعلى.

- بطيئو التعلم/ يعد ضمن الفئة الحدية معامل الذكاء (70-84) درجة.

- المتأخرون دراسياً/ عادي غالباً من (90) درجة فما فوق.

4- جانب المظاهر السلوكية:-

- صعوبات التعلم/ عادي وقد يصحبه أحياناً نشاط زائد.

- بطيئو التعلم/ يصاحبه غالباً مشاكل في السلوك التكيفي [مهارات الحياة اليومية- التعامل مع الأقران - التعامل مع مواقف الحياة اليومية.]

- المتأخرون دراسياً/ مرتبط غالباً بسلوكيات غير مرغوبة أو إحباط دائم من تكرار تجارب فاشلة.

5- جانب الخدمة المقدمة لهذه الفئة:-

- صعوبات التعلم برامج صعوبات التعلم والاستفادة من أسلوب التدريس الفردي.

-بطيئو التعلم/ الفصل العادي مع بعض التعديلات في المنهج.

- المتأخرون دراسياً/ دراسة من قبل المرشد الطلابي في المدرسة.

نسبة صعوبات التعلم

لا يتوافر معلومات إحصائية دقيقة حول أعداد الطلبة ذوي صعوبات التعلم ونسبة انتشارها وذلك عائد لسببين هما:-

- اختلاف تعريفات صعوبات التعلم.

- اختلاف إجراءات الكشف عنهم.

إلا أنه عالمياً فقد تراوحت نسبة انتشار صعوبات التعلم ما بين 1%-30% في مجتمع طلبة المدارس.

وتشير ليرنر (Lerner, 2000) إلى أن نسبة الطلاب ذوي صعوبات التعلم في الولايات المتحدة الأمريكية في السنة الدراسية 1993/1992م لطلبة المدارس الذين تراوحت أعمارهم ما بين 6-12 سنة هي (4,09) من عدد سكان الولايات المتحدة.

أما بالنسبة لإنتشار صعوبات التعلم من بين الإعاقات الأخرى فقد بلغت (51,1%) بمعنى أن أكثر من نصف الطلبة المخدومين ضمن طلبة التربية الخاصة هم من ذوي الصعوبات التعليمية.

وتضيف ليرنر أن الإحصاءات تؤكد الاعتقاد السائد بأن نسبة شيوع صعوبات التعلم لدى الذكور أعلى منها لدى الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور (72%) بينما نسبة الإناث (28%) من مجموع ذوي صعوبات التعلم الذين يتلقون خدمات تربوية خاصة. (Lerner, 2000).

وقد فسر الباحثون إصابة الذكور بصعوبات التعلم أكثر من الإناث على أساس عدد من العوامل منها:

1- العوامل البيولوجية:

تشير الدراسات إلى أن الأطفال الذكور عرضة للإصابة بتلف الدماغ في مراحل ما قبل الولادة أكثر من الإناث لأن أوزان الأطفال عند الذكور تكون أكثر من أوزان الأطفال الإناث مما قد يؤدي إلى مخاطر أكثر أثناء عملية الولادة. كما أنهم عُرضة أكثر للإصابة بالتلف الدماغي في مراحل ما بعد الولادة نتيجة لإصابات الرأس المباشرة أكثر من الإناث (بسبب طبيعة النشاط الحركي لديهم).

2- العوامل المتصلة بالنضج:

حيث يلاحظ بأن معدلات نضج الذكور أبطأ منها لدى الإناث منذ سن الولادة وحتى المراهقة. كما أن النمو العصبي للقشرة الدماغية والذي يرتبط بالانتباه واللغة يسير بمعدلات أبطأ لدى الذكور منه عند الإناث.

3- العوامل الاجتماعية:

فقد لوحظ أن العوامل الاجتماعية ترتبط بالعوامل المتعلقة بالنضج بشكل غير مباشر،

إذا أن معدلات النضج البطيئة لدى الذكور والتي تمت الإشارة إليها سابقاً تؤدي إلى ضعف الاستعداد المدرسي لديهم وبالتالي قد يؤدي ذلك إلى ضعف أدائهم الأكاديمي وخصوصاً في الصفوف الأولى. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 184).

أسباب صعوبات التعلم

لا تزال أسباب صعوبات التعلم غامضة، وذلك لحداثة الموضوع، وللتداخل بينه وبين الإعاقة العقلية من جهة، وبين صعوبات التعلم والاضطرابات الانفعالية من جهة أخرى، إلا أن الدراسات والتعاريف السابقة الذكر أجمعت على ارتباط صعوبات التعلم بإصابة المخ البسيطة أو الخلل الوظيفي المخي البسيط، وترتبط هذه الإصابة بواحدة من العوامل الأربعة التالية وهي:

1- إصابة المخ المكتسبة.

2- العوامل الوراثية أو الجينية.

3- العوامل الكيميائية الحيوية.

4- الحرمان البيئي والتغذية.

أولاً:- إصابة المخ المكتسبة:

لقد افترض أن أكثر الأسباب المؤدية لصعوبات التعلم يعود إلى التلف الدماغي أو العجز الوظيفي البسيط والمكتسب قبل وخلال أو بعد الولادة، وتتضمن أسباب ما قبل الولادة إضافة إلى العوامل الجينيّة، نقص تغذية الأم خلال فترة الحمل، والأمراض التي تصيب الأم الحامل وبالتالي تؤثر على الجنين، فالحصبة الألمانية التي تصيب الأم خلال فترة الثلاث الأشهر الأولى من الحمل قد تسبب أنواع من الشذوذ المختلفة مما يسبب تلف دماغي بسيط، بالإضافة إلى النمو الغير سوي للنظام العصبي للجنين بسبب تناول الأم الحامل للكحول والمخدرات خلال مرحلة الحمل.

وتعود الأسباب التي تحدث خلال فترة الولادة إلى تلك الظروف التي تؤثر في الطفل خلال مرحلة الولادة أو قبلها بفترة قصيرة جداً، وتتضمن هذه الأسباب: نقص الأوكسجين، وإصابات الولادة نتيجة لاستخدام الأدوات الطبية الحادة والولادة المبكرة والمتعسرة.

أما أسباب ما بعد الولادة فتتضمن: الحوادث التي تؤدي إلى ارتجاج الدماغ منها السقوط من أعلى أو تعرض الطفل لحادث، بالإضافة إلى أمراض الطفولة مثل التهاب

الدماغ والتهاب السحايا والحصبة الألمانية والحمى القرمزية التي يمكن أن تؤثر في الدماغ وأجزاء أخرى من النظام العصبي. (السرطاوي والسرطاوي، 1988).

ثانياً:- العوامل الوراثية:

يبدأ النمو منذ أن يلقح حيوان منوي ذكري بويضة أنثوية وتكوين الخلية الأساسية، حيث يبدأ النمو الجسدي والعقلي، وأشار علماء الوراثة إلى أن الوراثة تتحكم في لون العينين والشعر والجلد ولون البشرة، وكثير من الخصائص الفسيولوجية سواء أكانت سلبية أم إيجابية، وأهم ما يتحدد بالوراثة هو جنس المولود ذكراً أم أنثى، ولقد ثبت أن هناك بعض الأمراض الوراثية التي تنتقل بالوارثة كالضعف العقلي، وهذا بدوره يؤدي إلى صعوبات تعلم عند الأطفال مستقبلاً. (Mercer, 1997).

وقد إهتمت عدة دراسات بالتعرف على أثر الوراثة على صعوبات القراءة والكتابة واللغة، فقد أجريت بعض الدراسات على بعض العائلات التي تضم عدداً كبيراً من الأفراد الذين يعانون من مشكلات في القراءة أو اللغة، وقد آجرى هالجرن (Hallgern, 1950) دراسة شاملة لعدد من الأسر فقد قام بدراسة (276) فرداً لديهم صعوبات في القراءة (Dyslexia) وكذلك أسرهم في السويد وجد بأن نسبة شيوع صعوبات القراءة والكتابة والتهجئة عند الأقارب تقدم دليلاً كافياً على أن مثل هذه الحالات تتواجد في الأسر ويظهر بأنها تخضع لقانون الوراثة. (السرطاوي والسرطاوي،1988م).

ثالثاً:- العوامل الكيميائية الحيوية:

تشير الدراسات إلى أن الجسم الإنساني يفرز مواداً كيميائية لكي يحدث توازناً داخل الجسم، وهذا ما يطلق عليه بالكيمياء الحيوية، وقد يكون ذلك متمثلاً بإفرازات الغددالصماء التي تصب في الدم مباشرة، فالإفرازات الزائدة في الغدة الدرقية يؤدي ذلك إلى صعوبات في التعلم. (Mercer, 1997).

رابعاً:- الحرمان البيئي والتغذية:

أشارت دراسات عديدة إلى أن نقص التغذية والحرمان الوظيفي لها علاقة بالخلل الوظيفي البسيط بالمخ، والذي له تأثيره الكبير على معاناة الأطفال ذوي صعوبات التعلم، وقد استنتج كل من كيرك وكالفنت (1984م) من خلال مسح دراسات عديدة إلى أن الأطفال الذين عانوا من سوء تغذية شديدة لفترة طويلة في سن مبكرة أثر ذلك على التعلم

وخاصة المهارات المتاحة لهم، بالإضافة إلى أنه توجد عوامل كثيرة تؤثر على صعوبات التعلم منها العوامل غير البيولوجية والمعرفية والانفعالية وتختلف درجة تأثير كل عامل من تلك العوامل حسب نوع صعوبة التعلم. (عجاج، 1998).

مما سبق ذكره يتضح لنا أنه من خلال السيطرة على تلك الأسباب وعلاجها والوقاية منها نستطيع أن تغلب على ظاهرة صعوبات التعلم عند الأطفال، بالإضافة إلى توفير الرعاية الطبية للطفل وكذلك التغذية السليمة، وتوفير بيئة للطفل غنية بالمثيرات المادية وكل ذلك يعزز من قدرة الطفل على التعلم وينمي إمكانياته ويزيد الدافعية لديه.

أنماط صعوبات التعلم

توجد الصعوبات التعلميّة على حد من التنوع يصعب معه تصنيف أنماطها في قائمة محددة وذلك خلافاً لغيرها من فئات التربية الخاصة. وصعوبات التعلم ليست مفهوماً موحداً ولا تمثل مجموعة متجانسة من الطلاب ولكنها تضم شتاتاً واسعاً من الناس لا ينتظمهم رابط سوى أنهم لا يتعلمون بالطرق التي يتعلم بها الأسوياء.

ويعد تصنيف الصعوبات على أساس صعوبات تطورية وأخرى أكاديمية من أكثر التصنيفات تداولاً.

أولاً: الصعوبات الأكاديمية: مثل تدني التحصيل الأكاديمي معلماً هاماً لدى ذوي صعوبات التعلم، ويقصد به: الكف أو الأنغلاق ذو الدلالة في تعلم القراءة والكتابة أو العمليات الحسابية وفي ما يلي استعراض لهذه الميادين.

1-صعوبة القراءة (Dyslexia): وهو نمط يصيب القدرة على تعرف الكلمة المكتوبة أو الإستيعاب أو تحليل الكلمة وتركيبها. وقد يظهر ضعف في تمييز الحروف، وعدم القدرة على التعامل مع الرموز وتركيب الحروف لتكوين كلمات وتنظيم الكلمات في جمل ذات معنى مما يؤدي إلى ضعف الاستيعاب.

2- صعوبة الكتابة (Dysgraphia): وتتشكل سواء في مجال الإملاء أو التعبير الكتابي. وترجع مشكلات التعبير إلى القلق وضحالة المعرفة وعدم القدرة على صياغة جمل مترابطة تراعي القواعد النحوية والتنقيط، ويكثر فيها عكس الحروف ووضع النقط في غير مكانها وعدم التزام السطور في الكتابة. (الوقفي وآخرون، 2001).

3- صعوبة الرياضيات (calculas): تتمثل في مشكلات إجراء العمليات الحسابية وفي حل المسائل ويعني ذلك: عدم القدرة على إتقان الرموز والحسابات الرياضية ويعلل ذلك بسيطرة غير فعالة على المعلومات وإلى ضعف الذاكرة، وضعف القدرة على التفكير والاستنتاج. أما صعوبة حل المسائل فتنتج من مشكلات في تطبيق المهارات الحسابية. وعدم القدرة على السلسلة إذا كان الحل يقتضي ذلك. (Kirk &Gallaugher, 1985).

ثانياً: الصعوبة التطورية: ويقصد بها انحراف التطور في عدد من الوظائف التي تتفتح بشكل سوي مع نمو الأطفال وغالباً ما تتصل باختلالات في التحصيل المدرسي. وفيما يلي إشارة إلى بعض هذه الصعوبات:-

1- إضطراب اللغة والكلام: يعاني كثير من الطلبة من مشاكل الكلام واللغة وقد لا يكون هناك تسلسل في الجمل مع وجود صعوبة في بناء جمل مفيدة على قواعد لغوية سليمة، وقد يكثر من الكلام حول الفكرة عند الحديث.

2- صعوبة في عمليات التفكير: فقد وجد أن هؤلاء الطلبة يحتاجون إلى وقت طويل لتنظيم الفكرة قبل الإجابة بالإضافة إلى ضعف في التفكير المجرد.

3- إختلالات الذاكرة: وتظهر في عدم القدرة على تذكر أو استدعاء ما سمعه الطفل أو رآه مما يؤثر في تعلم القراءة وتطور اللغة الشفوية للطفل. (السرطاوي، 1988م).

4- اضطرابات الانتباه وفرط الحركة (ADHD): يقصد بالانتباه القدرة على اختيار المنبه المناسب ويوصف الطفل بأنه قابل للتشتت عندما لا يستطيع فرز المنبهات ويرتبط باضطراب الانتباه فرط الحركة إذ يتميز ذوو فرط الحركة بأنهم دائمو الحركة والتنقل بين المقاعد. (الوقفي وآخرون، 2001).

5- إضطراب الإدراك والإدراك الحركي: تتمثل في اضطرابات في الإدراك البصري، والسمعي، والحركي، حيث يصعب على الطفل ذوي الصعوبة ترجمة ما يراه، وقد لا يميز علاقة الأشياء ببعضها البعض، فهو لا يستطيع تقدير المسافة والزمن اللازم لعبور الشارع بطريقة أمنة قبل أن تصدمه سيارة وقد يعاني من مشكلات في فهم ما يسمعونه واستيعابه، وبالتالي فإن استجاباتهم قد تتأخر. وقد يخلط بين بعض الكلمات التي لها الأصوات نفسها مثل: جبل وجمل أو لحم ولحن. وغالباً ما يكون أحرف، فهو يرتطم بالأشياء ويدلق الحليب ويتعثر بالسجادة ويعاني من صعوبات في المشي أو الجري أو ركوب الدراجة، وقد يجد صعوبة في استخدام أقلام التلوين أو المقص أو في الكتابة والرسم. (السرطاوي، 1988).

المظاهر العامة لذوي الصعوبات التعلميّة:-

يتميز ذوو الصعوبات التعلمية عادة، بمجموعة من السلوكيات التي تتكرر في العديد من المواقف التعليمية والاجتماعية، والتي يمكن للمعلم أو الأهل ملاحظتها بدقة عند مراقبتهم في المواقف المتنوعة والمتكررة. ومن أهم هذه الصفات ما يلي:

1- اضطرابات في الإصغاء: تعتبر ظاهرة شرود الذهن، والعجز عن الانتباه والميل للتشتت نحو المثيرات الخارجية، من أكثر الصفات البارزة لهؤلاء الأفراد. إذ أنهم لا يميزون بين المثير الرئيس والثانوي. حيث يمل الطفل من متابعة الانتباه لنفس المثير بعد وقت قصير جداً. وعادة لا يتجاوز أكثر من عدة دقائق. فهؤلاء الأولاد يبذلون القليل من الجهد في متابعة أي أمر، أو أنهم يميلون بشكل تلقائي للتوجه نحو مثيرات خارجية ممتعة بسهولة، مثل النظر عبر نافذة الصف، أو مراقبة حركات الأولاد الآخرين. بشكل عام، نجدهم يلاقون صعوبات كبيرة في التركيز بشكل دقيق في المهمات والتخطيط المسبق لكيفية إنهائها. وبسبب ذلك يلاقون صعوبات في تعلم مهارات جديدة. (السرطاوي وآخرون، 2001).

2- الحركة الزائدة: يتميّز بشكل عام الأطفال الذين يعانون من صعوبات مركبة من ضعف الإصغاء والتركيز، وكثرة النشاط، والاندفاعية، ويطلق على تلك الظاهرة باضطراب الإصغاء والتركيز والحركة الزائدة .(ADHD) وتلك الظاهرة مركبة من مجموعة صعوبات، تتعلق بالقدرة على التركيز، وبالسيطرة على الدوافع وبدرجة النشاط. وعرفت حسب الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين، كدرجات تطورية غير ملائمة من عدم الإصغاء، والاندفاعية والحركة الزائدة. عادة، تكون هذه الظاهرة قائمة بحد ذاتها كإعاقة تطورية مرتبطة بأداء الجهاز العصبي، ولكنها كثيراً ما تترافق مع الصعوبات التعلمية. وليس بالضرورة أن كل من لديه تلك الظاهرة يعاني من صعوبات تعلميّة ظاهرة. (Mercer, 1997).

3- الاندفاعية والتهور: قسم من هؤلاء الأطفال يتميزون بالتسرع في إجاباتهم، وردود فعلهم، وسلوكياتهم العامة، مثلاً، قد يميل الطفل إلى اللعب بالنار، أو القفز إلى الشارع دون التفكير في العواقب المترتبة على ذلك. وقد يتسرع في الإجابة على أسئلة المعلم الشفوية، أو الكتابة قبل الإستماع إلى السؤال أو قراءته. كما أن بعضاً منهم يخطئون بالإجابة على أسئلة قد عرفوها من قبل، أو يرتجلون في إعطاء الحلول السريعة لمشاكلهم، بشكل قد يوقعهم بالخطأ، وكل هذا بسبب الاندفاعية والتهور.

4- صعوبات لغوية مختلفة: لدى البعض منهم صعوبات في النطق، أو في الصوت ومخارج الأصوات، أو في فهم اللغة المحكية، حيث تعتبر الدسلكسيا (صعوبات شديدة في القراءة)، وظاهرة الديسغرافيا (صعوبات شديدة في الكتابة)، من مؤشرات الإعاقات اللغوية. كما ويعد التأخر اللغوي عند الأطفال من ظواهر الصعوبات اللغوية،حيث يتأخر استخدام الطفل للكلمة الأولى لغاية عمر الثالثة بالتقريب، علماً بأن العمر الطبيعي لبداية الكلام هو في عمر السنة الأولى.

5- صعوبات في التعبير اللفظي (الشفوي): يتحدث الطفل بجمل غير مفهومة، أو مبنية بطريقة خاطئة وغير سليمة من ناحية التركيب القواعدي. هؤلاء الأطفال يستصعبون كثيراً في التعبير اللغوي الشفوي. إذ نجدهم يتعثرون في اختيار الكلمات المناسبة، ويكررون الكثير من الكلمات، ويستخدمون جملاً متقطعة، وأحياناً دون معنى؛ عندما يطلب منهم التحدث عن تجربة معينة، أو إسترجاع أحداث قصة قد سمعوها سابقاً. وقد تطول قصتهم دون إعطاء الإجابة المطلوبة أو الوافية. أن العديد منهم يعانون من ظاهرة يطلق عليها بعجز التسمية (Dysnomia)، أي صعوبة في استخراج الكلمات أو إعطاء الأسماء أو الاصطلاحات الصحيحة للمعاني المطلوبة. فالأمر الذي يحصل لنا عدة مرات في اليوم الواحد، عندما نعجز عن تذكر بعض الأسماء أو الأحداث، نلاحظه يحدث عشرات، بل مئات المرات لذوي الصعوبات التعلمية. (الزيات، 1998).

6- صعوبات في الذاكرة: يوجد لدى كل فرد ثلاثة أقسام رئيسة للذاكرة، وهي الذاكرة القصيرة، والذاكرة العاملة، والذاكرة البعيدة. حيث تتفاعل تلك الأجزاء مع بعضها البعض لتخزين واستخراج المعلومات والمثيرات الخارجية عند الحاجة إليها. الأطفال الذين يعانون من الصعوبات التعلمية، عادة، يفقدون القدرة على توظيف تلك الأقسام أو بعضها بالشكل المطلوب، وبالتالي يفقدون الكثير من المعلومات؛ مما يدفع المعلم إلى تكرار التعليمات والعمل على تنويع طرق عرضها.

7- صعوبات في التفكير: هؤلاء الأطفال يواجهون مشكلة في توظيف الاستراتيجيات الملائمة لحل المشاكل التعليمية المختلفة. فقد يقومون بتوظيف استراتيجيات بدائية وضعيفة لحل مسائل الحساب وفهم المقروء، وكذلك عند الحديث والتعبير الكتابي. ويعود جزء كبير من تلك الصعوبات إلى افتقار عمليات التنظيم. لكي يتمكن الإنسان من اكتساب العديد من الخبرات والتجارب، فهو بحاجة إلى القيام بعملية تنظيم تلك

الخبرات بطريقة ناجحة، تضمن له الحصول عليها واستخدامها عند الحاجة. ولكن الأولاد الذين يعانون من الصعوبات التعلمية وفي العديد من المواقف يستصعبون بشكل ملحوظ في تلك المهمة. إذ يستغرقهم الكثير من الوقت للبدء بحل الواجبات وإخراج الكراسات من الحقيبة، والقيام بحل مسائل حسابية متواصلة، أو ترتيب جملهم أثناء الحديث أو الكتابة. (Lerner, 2000).

8- صعوبات في فهم التعليمات: التعليمات التي تُعطى لفظياً ولمرة واحدة من قبل المعلم تشكل عقبة أمام هؤلاء الطلاب، بسبب مشاكل التركيز والذاكرة. لذلك نجدهم يسألون المعلم تكراراً عن المهمات أو الأسئلة التي يوجهها للطلاب. كما وأن البعض منهم لا يفقهون التعليمات المطلوبة منهم كتابياً، لذا يلجئون إلى سؤال المعلم أو حتى التوقف عن التنفيذ حتى يتوجه إليهم المعلم ويرشدهم فردياً.

9- صعوبات في الإدراك العام واضطراب المفاهيم: يعني صعوبات في إدراك المفاهيم الأساسية مثل: الشكل والإتجاهات والزمان والمكان، والمفاهيم المتجانسة والمتقاربة والأشكال الهندسية الأساسية وأيام الأسبوع ... إلخ.

10- صعوبات في التآزر الحسي - الحركي (Visual- Motor Cordination): عندما يبدأ الطفل برسم الأحرف أو الأشكال التي يراها بالشكل المناسب أمامه، ولكنه يفسرها بشكل عكسي، فإن ذلك يؤدي إلى كتابة غير صحيحة مثل كلمات معكوسة، أو كتابة من اليسار لليمين أو نقل أشكال بطريقة عكسية، هذا التمرين أشبه بالنظر إلى المرآة ومحاولة تقليد شكل أو القيام بنقل صورة تراها العين بالشكل المقلوب. فالعين توجه اليد نحو الشيء الذي تراه بينما يأمرها العقل بغير ذلك ويوجه اليد للاتجاه المغاير. هذه الظاهرة تميز الأطفال الذين يستصعبون في عمليات الخط والكتابة، وتنفيذ المهارات المركبة التي تتطلب تلاؤم عين - يد، مثل القص والتلوين والرسم، والمهارات الحركية والرياضية، وضعف القدرة على توظيف الأصابع أثناء متابعة العين بالشكل المطلوب.

11- صعوبات في العضلات الدقيقة: مسكة القلم تكون غير دقيقة وقد تكون ضعيفة، أو أنهم لا يستطيعون تنفيذ تمارين بسيطة تتطلب معالجة الأصابع.

12- ضعف في التوازن الحركي العام: صعوبات كتلك تؤثر على مشية الطفل وحركاته في الفراغ، وتضر بقدراته في الوقوف أو المشي على خشبة التوازن، والركض بالاتجاهات الصحيحة في الملعب.

13- اضطرابات عصبية - مركبة: مشاكل متعلقة بأداء الجهاز العصبي المركزي. وقد تظهر بعض هذه الاضطرابات في آداء الحركات العضلية الدقيقة، مثل الرسم والكتابة.

14- صعوبات تعلمية خاصة في القراءة، الكتابة، والحساب: تظهر تلك الصعوبات بشكل خاص في المدرسة الابتدائية، وقد ينجح الأطفال الأكثر قدرة على الذكاء والاتصال والمحادثة. في تخطي المرحلة الدنيا بنجاح نسبي، دون لفت نظر المعلمين حديثي الخبرة أو غير المتعمقين في تلك الظاهرة: ولكنهم سرعان ما يبدأون بالتراجع عندما تكبر المهمات وتبدأ المسائل الكلامية في الحساب تأخذ حيزاً من المنهاج. وهنا يمكن للمعلمين غير المتمرسين ملاحظة ذلك بسهولة.

15- البطء الشديد في إتمام المهمات: تظهر تلك المشكلة في معظم المهمات التعليمية التي تتطلب تركيزاً متواصلاً وجهداً عضلياً وذهنياً في نفس الوقت، مثل الكتابة، وتنفيذ الواجبات البيتية.

16- عدم ثبات السلوك: أحياناً يكون الطالب مستمتعاً ومتواصلاً في أداء المهمة، أو في التجاوب والتفاعل مع الآخرين: وأحياناً لا يستجيب للمتطلبات بنفس الطريقة التي ظهر بها سلوكه سابقاً.

17- عدم المجازفة وتجنب أداء المهام خوفاً من الفشل: هذا النوع من الأطفال لا يجازف ولا يخاطر في الإجابة على أسئلة المعلم المفاجئة والجديدة. فهو يبغض المفاجآت ولا يريد أن يكون في مركز الإنتباه دون معرفة النتيجة لذلك. فمن خلال تجاربه تعلم أن المعلم لا يكافئه على أجوبته الصحيحة، وقد يحرجه ويوجه له اللوم أو السخرية إذا أخطأ. لذلك نجده مستمعاً أغلب الوقت أو محجباً عن المشكلة: لأنه لا يضمن ردة فعل المعلم أو النتيجة. (السرطاوي وآخرون، 2001).

18- صعوبات في تكوين علاقات اجتماعية سليمة: إن أي نقص في المهارات الاجتماعية للفرد قد يؤثر على جميع جوانب الحياة، بسبب عدم قدرة الفرد لأن يكون حساساً للآخرين، وأن يدرك كبقية زملائه، قراءة صورة الوضع المحيط به. لذلك نجد هؤلاء الأطفال يخفقون في بناء علاقات اجتماعية سليمة، قد تنبع من صعوباتهم في التعبير وانتقاء السلوك المناسب في الوقت الملائم .. إلخ وقد أشارت الدراسات إلى أن ما نسبته (34%) إلى (59%) من الطلاب الذين يعانون من الصعوبات التعلميّة، معرضون للمشاكل الاجتماعية. كما وأن هؤلاء الأفراد الذين لا يتمكنون من تكوين علاقات

اجتماعية سليمة، صنفوا كمنعزلين، ومكتئبين، وبعضهم يميلون إلى الأفكار الانتحارية. (Bryan, 1997).

19- الانسحاب المفرط: مشاكلهم الجمة في عملية التأقلم لمتطلبات المدرسة. تحبطهم بشكل كبير وقد تؤدي إلى عدم رغبتهم في الظهور والاندماج مع الآخرين، فيعزفون عن المشاركة في الإجابات عن الأسئلة، أو المشاركة في النشاطات الصفية الداخلية، وأحياناً الخارجية. (السرطاوي وآخرون، 2001).

ومن الجدير بالذكر هنا، أن هذه الصفات لا تجتمع، بالضرورة، عند نفس الطفل، بل تشكل أهم المميزات للإضطرابات غير المتجانسة كما تم التطرق إليها بالتعريف. كما وقد تحظى الصفات التي تميز ذوو الصعوبات التعلمية، بتسميات عدة في أعمار مختلفة. مثلاً، قد يعاني الطفل من صعوبات في النطق في الطفولة المبكرة، ويطلق عليها بالتأخر اللغوي: بينما يطلق على المشكلة بصعوبات قرائية في المرحلة الابتدائية.

تشخيص صعوبات التعلم

إن الهدف من إجراءات التشخيص المختلفة هو الحصول على المعلومات حول الطفل الذي يعاني من صعوبات تعلم، ثم يلي ذلك إجراء التحليلات اللازمة على هذه المعلومات من أجل الوصول إلى قرار بشأن الطفل المفحوص.

أهداف تشخيص الأطفال ذوي صعوبات التعلم

هذا ويمكن حصر الهدف من التشخيص للأطفال ذوي صعوبات التعلم في النقاط التالية:-

1- الكشف على نقاط القوة ونقاط الضعف لدى الفرد.

2- الكشف عن المشكلات النمائية لدى الفرد (العجز في الانتباه، التفكير، الذاكرة، الإدراك، اللغة،...).

3- تمييز الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم عن الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى.

4- المساعدة في الوقاية من خطر تفاقم المشكلات الناتجة عن صعوبات التعلم (التدخل المبكر).

5- تحديد الأطفال الذين يعانون من صعوبات تعلم أكاديمية وتحديد نوع الصعوبة التي يعانون منها (القراءة، والحساب،...).

6- مساعدة التربويين في وضع البرامج العلاجية.

7- إن التشخيص يساعد الباحثين في الفهم الدقيق والعميق لمشكلات صعوبات التعلم فالتشخيص يكشف عن أشكال أخرى لصعوبات التعلم ويساعد على جمع المعلومات الخاصة عن مستوى الطفل التعليمي. (القاسم، 2000، ص: 44-45).

ومما يجدر ذكره أن هناك عدد من التحديات التي تواجه عملية قياس وتشخيص الطلبة، وفيما يلي عرض لأهم هذه التحديات:

1- عدم الإتفاق على تعريف محدد لصعوبات التعلم أو الاتفاق على إيجاد صيغة تعريف إجرائي. الأمر الذي ينعكس على إيجاد محكّات متفق عليها للتشخيص.

2- عدم اتفاق الباحثين على إيجاد صيغة لتحديد عامل التباين بين القدرة العقلية والتحصيل، فهناك أكثر من طريقة لإستخراج قيمة التباين هذه.

3- عدم تجانس مجتمع الأفراد ذوي الصعوبات التعلمية، الأمر الذي يؤدي إلى صعوبة أيجاد قائمة موحدة لمعايير الكشف أو القياس.

4- إحالة عدد كبير من الأطفال ذوي التحصيل المنخفض أو المشكلات السلوكية إلى برامج صعوبات التعلم بهدف الحصول على خدمات تربوية خاصة لهؤلاء الطلبة، وهذه الممارسات تؤدي إلى الالتباس في تحديد الطلبة الذين يعانون من صعوبات التعلم فعلاً.

5- قلّة تدريب أعضاء فريق التربية الخاصة على وسائل قياس وتشخيص الطلبة ذوي صعوبات التعلم وقلة معرفتهم بالمعلومات التي تخص هذا الميدان قد يدفعهم إلى إتخاذ قرارات غير صائبة خلال مرحلة القياس والتشخيص.

وبالرغم من التحديات والمشكلات آنفة الذكر، إلا أن عملية قياس وتشخيص الطلبة ذوي صعوبات التعلم تعتبر عملية ضروريّة ولا يمكن الاستغناء عنها. وتعتبر هذه العملية أكثر فاعلية عندما تؤدي إلى معلومات يمكن الاستفادة منها مباشرة في عملية التدريس. (الصمادي وآخرون،2003).

محكات التشخيص لصعوبات التعلم

هناك خمسة محكات يمكن بها تحديد صعوبات التعلم والتعرف عليها وهي:

1- **محك التباعد**: ويقصد به تباعد المستوى التحصيلي للطالب في مادة عن المستوى المتوقع منه حسب حالته وله مظهران:

أ- التفاوت بين القدرات العقلية للطالب والمستوى التحصيلي.

ب- تفاوت مظاهر النمو التحصيلي للطالب في المقررات أو المواد الدراسية.

فقد يكون متفوقاً في الرياضيات عادياً في اللغات ويعاني صعوبات تعلم في العلوم أو الدراسات الاجتماعية وقد يكون التفاوت في التحصيل بين أجزاء مقرر دراسي واحد ففي اللغة العربية مثلاً قد يكون طلق اللسان في القراءة جيداً في التعبير ولكنه يعاني من صعوبات في استيعاب دروس النحو أو حفظ النصوص الأدبية.

2- **محك الاستبعاد**: حيث يستبعد عند التشخيص وتحديد فئة صعوبات التعلم الحالات الآتية: التخلف العقلي - الإعاقات الحسية - المكفوفين - ضعاف البصر - ضعاف السمع - ذوي الاضطرابات الإنفعالية الشديدة مثل الاندفاعية والنشاط الزائد- حالات نقص فرص التعلم أو الحرمان الثقافي .

3- **محك التربية الخاصة**: ويرتبط بالمحك السابق ومفاده أن ذوي صعوبات التعلم لا تصلح لهم طرق التدريس المتبعة مع التلاميذ العاديين فضلاً عن عدم صلاحية الطرق المتبعة مع المعاقين وإنما يتعين توفير لون من التربية الخاصة من حيث (التشخيص والتصنيف والتعليم) يختلف عن الفئات السابقة.

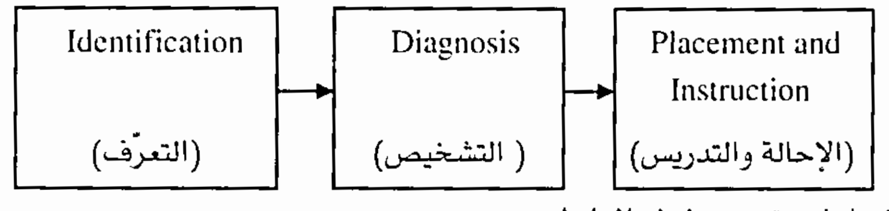
4- **محك المشكلات المرتبطة بالنضوج**: حيث نجد معدلات النمو تختلف من طفل لآخر مما يؤدي إلى صعوبة تهيئة لعمليات التعلم، فما هو معروف أن الأطفال الذكور يتقدم نموهم بمعدل أبطأ من الإناث مما يجعلهم في حوالي الخامسة أو السادسة غير مستعدين أو مهيئين من الناحية الإدراكية لتعلم التمييز بين الحروف الهجائية قراءة وكتابة مما يعوق تعلمهم اللغة ومن ثم يتعين تقديم برامج تربوية تصحح قصور النمو الذي يعوق عمليات التعلم سواء كان هذا القصور يرجع لعوامل وراثية أو تكوينية أو بيئية ومن ثم يعكس هذا المحك الفروق الفردية بين الجنسين في القدرة على التحصيل.

5- **محك العلامات الفيورولوجية**: حيث يمكن الاستدلال على صعوبات التعلم من خلال التلف العضوي البسيط في المخ الذي يمكن فحصه من خلال رسام المخ الكهربائي وينعكس الاضطراب البسيط في وظائف المخ (Minimal Dysfunction) في الاضطرابات الإدراكية (البصري والسمعي والمكاني، النشاط الزائد والاضطرابات العقلية، صعوبة الأداء الوظيفي).

ومن الجدير بالذكر أن الاضطرابات في وظائف المخ ينعكس سلبياً على العمليات العقلية مما يعوق اكتساب الخبرات التربوية وتطبيقها والاستفادة منها بل يؤدي إلى قصور في النمو الانفعالي والاجتماعي ونمو الشخصية العامة. (الزيات، 1998).

مراحل عملية تقييم وتشخيص صعوبات التعلم

وفقاً إلى ليرنر (Lerner, 1976) فإنه يمكن تقسيم عملية التشخيص إلى ثلاث مراحل هي:



وفيما يلي توضيح لهذه المراحل:-

1- المرحلة الأولى: وهي مرحلة المعاينة وتهدف إلى التعرف على الطفل والذي من الممكن أن يعاني من صعوبات تعلم.

2- المرحلة الثانية: وهي مرحلة التشخيص وهي العمليّة التي يتم فيها فحص الحالة وفق معايير معينة ومحددة من أجل الوصول إلى نتيجة، هل الطفل يعاني من صعوبات تعلّم أم لا.

3- المرحلة الثالثة: وتتضمن القرارات بشأن طرق العلاج المختلفة (الإحالة وطريقة التدريس) بشكل عام فإن الأطفال ذوي صعوبات التعلم يشكلون مجموعة غير متجانسة، وهذا الأمر يتطلب تنوع في الرؤى وبأساليب التشخيص، وكما سبق ذكره فإن هدف التشخيص هو جمع وتحليل المعلومات حول طفل معين من اجل الوصول إلى تشخيص للحالة وهذا يساعدنا في تصميم برنامج علاجي لهذا الطفل.

إن عملية التشخيص ممكن أن تخدم الكثير من المختصين (المختصون الاكلينكيون، علماء النفس التربويين، المرشدون) وفي السنوات الأخيرة هناك اهتمام لتدريب المعلمين بأن يشاركوا في هذا الواجب وذلك من أجل إعطاء صورة كاملة وشاملة عن حالة الطالب الذي يعاني من صعوبات تعلّم. (Waugh &Bush, 1976).

كما اقترحت ليرنر (Lerner, 1976) (Lerner, 1985) وجود ست مراحل أو خطوات أساسية في عملية التشخيص والتدّخل، وقد قسّمت هذه المراحل الست إلى ثلاث مراحل أساسية بحيث أن كل مرحلة تحتوي مرحلتين فرعيتين:

1- مراحل الإحالة :(Referral Stages)

أ- فعاليات ما قبل الإحالة -:(Prereferral Activities)وهي الفعاليات التي يقوم بها المعلمون مع الطالب قبل إحالته للتشخيص، ففي هذه المرحلة يحاول المعلم بالصف استخدام الأساليب المختلفة من أجل مساعدة الطالب على التغلب على المشكلة.

ب- والقرار الهام في هذه المرحلة هو إحالة أو عدم إحالة هذه الحالة للتشخيص. إن فعاليات ما قبل الإحالة تضم فريق معلمين مساعد والتي تكون وظيفته مساعدة الطالب على مشاكله الأكاديمية والسلوكية قبل إحالته للتشخيص.

ج- الإحالة والتخطيط الأوّلي -:(Refferral and Initial Planning)إن إحالة الطالب الأولية للتقييم والتشخيص يمكن أن يأتي من عدة مصادر:- المعلم، الأهل أو أشخاص متخصصون آخرون (الذين يملكون اتصال مع الطالب)، أو تواجه شخصي من قبل الطالب نفسه. بعد إجراء عملية الإحالة فإنه يتوجب أخذ موافقة الأهل على إجراء عملية التشخيص وعلى المعلومات اللازمة التي من المفروض أن يزودها لهذا الغرض.

2- مراحل التقييم-:(Assessment Stages)

أ- التقييم من خلال المجالات -:(The Multisicphlinary)في هذه المرحلة يقوم المختصون بجمع المعلومات اللازمة بعد إجراء عملية التشخيص حيث يتم تقييم أداء الطالب بالمجالات المختلفة أما بالنسبة لعملية التشخيص فإنها من الممكن أن تجري على يد موظف معين مثل (عالم نفسي تربوي، عالم اجتماعي، أخصائي علاج لغوي، مختصون في صعوبات التعلم).

هناك تحديدات وفقاً للقانون يجب أخذها بعين الإعتبار وهي أن تتم عملية الفحص على يد موظف مختص، وأن يكون هناك صدق وثبات في اختيار التقييم وكذلك أن لا يكون متحيزاً ثقافياً، وعادة ما تتم عملية التشخيص عن طريق فريق من تخصصات مختلفة.

ب- كتابة الخطّة التربوية الفردية-:(Individualized Education Program (IEP))

إن وضع الخطة التربوية الفردية (IEP)يخدم غايتين هما:-

- أن يكون بمثابة خطة وبرنامج مكتوب للطالب وكذلك يكون بمثابة مرجعية للمعلمين والطالب والمختصين.
- يكون بمثابة أداة لإدارة عملية العلاج والتقييم، بحيث أنها تحوي على تقييم تشخيصي

وكذلك تحوي الوسائل التعليمية اللازمة لتحسين وضع الطالب. فبعد أن يتم جمع المعلومات من المجالات المختلفة، يتم عقد اجتماع من أجل كتابة (IEP)أما المشتركون في الاجتماع فيجب أن يكونوا كالتالي:- ممثّل عن المؤسسة التربوية التي ينتمي إليها الطالب، مدّرس الطالب، أحد الوالدين أو كلاهما. الطالب إذا كان وضعه مناسب للحضور، عالم نفس تربوي، معلم لغات، معلم قراءة، خبير صعوبات تعلم. ويفضل أن يكون الفريق قليل العدد بقدر الإمكان من أجل تسهيل عملية إتخاذ القرارات وعملية الاتصال بين أعضائه.

إن محتوى الخطة التربوية الفردية (IEP)يجب أن يكون يحوي العناصر التالية:-

- بيان عن مستوى الطالب من ناحية أداءه التربوي.
- بيان عن الأهداف الشهرية والسنوية المتوقع أن ينجزها الطالب.
- بيان عن التربية الخاصة والخدمة العلاجية التي تلزم هذا الطالب، وحتى يكون الطالب قادراً على الاشتراك في برامج تربوية عادية.
- تاريخ بداية الحصول على الخدمات والفترة الزمنية التي تستغرقها هذه الخدمات.
- معيار موضوعي ملائم من أجل تقييم الطالب.

3- **مراحل التدخل**:-(Intervention Stages)

أ- تطبيق الخطة العلاجية: يختص هذا الجزء بتطبيق الخطة التربوية الفردية وتأتي هذه المرحلة بعد كتابة الخطة التربوية الفردية.

ب- مراقبة تقدّم الطالب: هذه المرحلة بمثابة مراجعة وإعادة تقييم لخطة الـ(IEP) وذلك عن طريق فحص تقدم الطالب.

أما فاس (FAAS, 1982) فقد اقترح ثماني مراحل لعملية التشخيص وهي:-

1- التحديد بأن المشكلة موجودة:- تهتم هذه المرحلة بجمع المعلومات من أجل تحديد حالة صعوبة التعلّم، هذه العملية تتم بمجرد وجود شك بأن الطالب يعاني من صعوبة تعلم معينة أو لمجرد طلب الطالب المتكرر للمساعدة، في هذه الحالة يتم استخدام الوسائل المختلفة والتي تحوي على أجزاء تقييم لخلفية الطالب، والتحصيل الدراسي، الماضي الصحي، الميل نحو الدراسة، أداء الطالب في الإختبارات السمعية والبصرية وإختبارات اللغة والتحصيل.

وهنا يبرز دور المعلمين لإجراء هذا التشخيص لتحديد المشاكل التي يعاني منها الطالب ومعرفة متى يجب تقديم المساعدة اللازمة للطالب.

2-الحصول على إذن من الوالدين على إجراء اختبار نفس/ تربوي: بعد أن يتم التحديد بأن مشكلة الطالب تستحق الدراسة والمتابعة، في هذه الحالة يقوم المعلم بالتداول مع الأهل حول هذه النقطة وعليه أن يؤكد الأمور التالية:

أ- أن يفتح المجال أمام الأهل بأن يعبروا عن اهتمامهم بمشكلة الطالب ورغبتهم في تقديم المساعدة الملائمة.

ب- أن يقوم المعلم بحث الأهل بأن يزودوه بالمعلومات اللازمة لفهم حالة الطفل.

ج- أن يوضح المعلم للأهل الفائدة من التقييم والتشخيص النفس/ تربوي وكيف يسهم هذا التقييم في فهم صعوبة التعلم عند الطالب.

د- الحصول على إذن أو تصريح موافقة مكتوبة من الأهل بحيث يتضمن موافقتهم لإحالة الطالب للتشخيص عن طريق مختص تشخيص نفس تربوي.

3- التقييم النفس/ تربوي:- أن عملية التقييم النفس/ تربوي يجب أن تزودنا بمعلومات والتي تؤكد أو تنفي وجود المشكلة، أن هذه المرحلة يجب أن تزودنا بمعلومات عن قدرة التفكير، المهارات المختلفة، أسلوب التعلم وهناك أسلوبين يجب أن تتضمنها عملية التقييم:

أ- تحليل العمليّة (Proccess Analysis): وهي تقييم كفاءة وقدرة الطالب في واحد أو أكثر من المجالات الأكاديمية والنفسية مثل الذكاء، والقدرات النفس لغوية، والإدراك الحركي، والإدراك البصري، القراءة، الكتابة، الحساب.

ب- تحليل المهمة (Task Analysis): هذه العملية تتضمن تجزئة المهمة إلى مهمات أصغر ومحددة أكثر، مثلاً اختبار الحساب يتم تقسيمه إلى عدة أقسام:- جمع، طرح، ضرب، قسمة، كسور متنوعة وهكذا. وكل قسم يمكن تقسيمه أيضاً لأقسام أصغر وبالتالي يتم تقييم الأداء في كل مهمة ومهمة وفقاً لمعيار واضح والذي يتضمن أي مهام يجب الإلمام بها وأي مهام يجب أن يتعلمها لاحقاً.

4- تحديد المظاهر الفيزيائية والبيئة والنفسية لمشكلة الطالب: هنالك مظاهر مختلفة والتي ترتبط مع صعوبات التعلم ويمكن تقسيم المظاهر إلى المظاهر التالية:- مظاهر

فيزيائية. صعوبات بصرية، سمعية، حركية. أما المظاهر البيئية مثل النقص والحرمان الحسي، فقدان المعاملة الحسنة بالمدرسة، ضغوط عائلية، حالات الهروب والعزلة. أما المظاهر النفسية فتكون في الانتباه، تشتت ضعف في الإدراك البصري أو السمعي، صعوبات في الفهم، ضعف في التنظيم صعوبات في الذاكرة السمعية والبصرية.

5- صياغة فرضية التشخيص: في هذه المرحلة يتم جمع المعلومات ووضعها في ملخص عن صعوبات التعلم التي يعاني منها الطالب.

أن كل شخص يقوم بتقديم الخدمات للطالب في هذه المرحلة عليه أن يسجل كل المعلومات في ملف هذا الطالب، بالإضافة لذلك يجب أن تكون بصياغة تربوية سهلة، بحيث يكون من السهل فهمها من قبل أعضاء لجنة التقييم والأهل.

6- تطوير الـ (IEP) الخطة التربوية الفردية: يجب أن يتم إعداد (IEP) لكل طالب يعاني من صعوبات تعلم، في عام (1977) صدر قانون فدرالي (أمريكي) حيث حدد المتطلبات التي يجب مراعاتها في تطوير الـ (IEP) وكذلك إرشادات لنوعية الناس الذين يجب أن يشتركوا في وضع الخطة.

7- استخدام الوسائل التعليمية العلاجية من أجل تنفيذ الخطة التربوية الفردية.

8- تقييم ومراجعة الخطة التربوية الفردية: وهي مراجعة ملف الطالب والخدمات التي حصل عليها الطالب وأي تقدم أحرزه الطالب وأي مساعدة إضافية يحتاج إليها الطالب. (Faas, 1982).

الطرق المستخدمة لجمع المعلومات لغايات تشخيص حالات صعوبات التعلم

لقد أقترحت الكثير من الطرق لجمع المعلومات لغايات تشخيص حالات صعوبات التعلم وسوف نقوم بعرض هذه الطرق (Lerner, 1976) (Lerner, 1985) وهي:-

أولاً:- طريقة دراسة الحالة (Case Study): أن هذه الطريقة تزودنا بمعلومات عن نمو الطفل وتطوره، وخاصة فيما يتعلق بمراحل العمر المختلفة، والوقت الذي ظهرت فيه مظاهر النمو الرئيسي، الحركية كالجلوس، والوقوف والتدريب على مهارات الحياة اليومية، والأمراض التي أصابت الطفل. كذلك تزودنا بمعلومات مثل تاريخ الطفل بالمدرسة والتي من الممكن الحصول عليها من الأهل. الملفات المدرسية، المعلمين. الممرضات بالمدرسة، المرشد المدرسي. هذا الأمر يتطلب أن يكون مجرى المقابلة لديه مهارات جيدة ومؤهل

بشكل جيد للقيام بإجراء هذه المقابلات وذلك من أجل الحصول على الكمية القصوى من المعلومات من طرح الأسئلة.

ويمكن تصنيف الأسئلة التي من الممكن أن تكون ضمن الأسئلة التي يستخدمها مجري المقابلة وهي كالتالي:-

أ- أسئلة عن الخلفية العامة للطفل وحالته الصحية.

ب- الأسئلة المتعلقة بنمو الطفل الجسمي.

ج- الأسئلة المتعلقة بالنمو التربوي للطفل.

د- الأسئلة المتعلقة بالأنشطة الحالية للطفل.

هـ- الأسئلة المتعلقة بالنمو الاجتماعي للطفل.

ثانياً: طريقة الملاحظة (Observation): تمنحنا الملاحظة الفرصة للحصول على الكثير من المعلومات فإنه عن طريق الملاحظة نستطيع تحديد هل سلوك الطفل الذي يظهر أنه أصم يعتبر سلوك مميز للصم أم لا، أم أنه سلوك أطفال مع مشاكل أخرى مثل اضطرابات عاطفية وعقلية.

وتعتبر المظاهر الآتية المظاهر الرئيسية لحالات صعوبات التعلم والتي يتم التعرّف عليها عن طريق الملاحظات وهي كالتالي:-

أ- مظاهر الإدراك السمعي والتي تتضمن القدرة على اتباع التعليمات اللفظية والقدرة على استيعاب النقاش الصفي، والقدرة على التذكر السمعي، والقدرة على فهم المعنى الكلي.

ب- مظاهر اللغة المنطوقة والتي تتضمن القدرة على التعبير اللفظي الصحيح والقدرة على النطق والقدرة على تذكر الكلمات، والقدرة على ربط الخبرات بعضها والقدرة على تكوين الأفكار.

ج- مظاهر التعريف إلى ما يحيط بالطفل، والتي تتضمن مدى قدرة الطفل على الاستفادة من الظروف البيئية ومعرفة ما يحيط به والقدرة على إدراك العلاقات بين الأشياء والقدرة على اتباع التعليمات.

د- مظاهر الخصائص السلوكية وتتضمن مدى قدرة الطفل على التعاون، الانتباه،

التنظيم، الإدراك، مواجهة مواقف جديدة، التوافق الاجتماعي، تحمل المسؤولية، إنجاز المهمات الموكلة إليه، اللباقة.

هـ- مظاهر النمو الحركي، وتتضمن مدى قدرة الطفل على إجراء التنسيق الحركي والتوازن الحركي العام، وكذلك القدرة على التعامل مع الأشياء المحيطة بالفرد حركياً.

وفقاً للتحليل السلوكي لعملية الملاحظة فإنه يمكن تقسيمها لعملية ملاحظة غير مباشرة والتي تتم عن طريق إختبارات ، وطريقة مباشرة والتي تعتمد على الملاحظة المباشرة والمستمرة للسلوك المطلوب، مثلاً نريد أن نعرف قدرة جو على الضرب فنقوم بملاحظة سلوكه عندما يقوم بعملية الضرب، يمكن تقسيم الملاحظة المباشرة إلى ثلاثة أنواع ملاحظة وهي:

أ- القياس اليومي: أن السلوك المطلوب قياسه، يتم قياسه بشكل يومي إذا أمكن، مثلاً نريد معرفة قدرة " جو " على القراءة نستطيع ملاحظة سلوكه في القراءة لعدة أيام ويعد ذلك نقيس مستواه عن طريق إيجاد المتوسط.

ب- التحليل الفردي: يجب أن يكون تمثيل المعلومات للسلوك بشكل فردي لكل طالب، وليس كلهم معاً.

ج- الضبط التجريبي: هو أسلوب من أجل قياس نجاح العلاج، لذلك يجب تسجيل المعلومات عن الطالب في بداية العلاج وذلك لمقارنة هذه المعلومات في نهاية العلاج أو بعد فترة معينة.

ثالثاً: الإختبارات المسحيّة (Informal Tests): وتعتبر هذه الإختبارات طرق جيدة في تقدير أداء الطالب في المواد التعليمية اليومية، وكذلك في طريقة استخدامه للأساليب المختلفة في الصف.

من مميزات هذه الطرق أنها تعطي قدرات من الحرية في الإدارة والتفسير، وكذلك يمكن استخدامها بشكل متكرر ومتواصل وكذلك تكلفتها أقل من الإختبارات المقننة.

هذا وقام (Moran) بتصنيف العناصر التي يجب أن تشملها الإختبارات المسحية وهي:-

أ- أختبر المهارات التي تظهر أنها غير سليمة.

ب- إبدأ الاختبار من السلوك النهائي وأرجع إلى الخلف أي المادة السهلة.

ج- أجري الاختبار بظروف صفية عادية خلال ساعات التعليم العادية.

د- إدمج الملاحظة مع نتائج الإختبارات .

وفيما يلي عرض لهذه الإختبارات :

- اختبار تمييز الكلمات: يهدف هذا الاختبار التعرف على قدرة الطفل على التمييز بين بعض المفردات المنتقاة من كتب الصفوف الأساسية.

- اختبار القدرة العادية: يهدف هذا الاختبار التعرف على مدى قدرة الطفل في التعامل مع الأرقام وخاصة العمليات الأساسية الأربعة وهي: الجمع والطرح والضرب والقسمة.

- اختبار القراءة: والذي يتم بواسطته التعرف على مهارات القراءة ومستوياتها وأنواع الأخطاء القرائية وأساليب مواجهته الطفل لها.

رابعاً: الإختبارات المقننة -:(Formal -Test) تقدم الإختبارات المقننة تقييماً لمستوى الأداء الحالي لمظاهر صعوبات التعلم كما تحدد هذه الإختبارات البرنامج العلاجي المناسب لجوانب الضعف التي تم تقييمها وهناك بعض الميزات لهذه الإختبارات وهي:

1- أنها تصمّم لمجموعات كبيرة من الطلاب وليس بشكل فردي كما هي الحالة في الإختبارات المسحية.

2- أن هذه الإختبارات بشكل عام متوفرة بعدة أشكال وصيغ وهذا يفتح المجال أمام الطلاب أن يمنحوا بأكثر من مرة دون أن يكون هناك تأثير للتدريب.

3- إن الاختبار مرفق بدليل إرشادات استخدام الاختبار من ناحية تصحيح وتفسير الإجابات.

4- الاختبار مقسم إلى مراحل عمرية مختلفة.

هناك العديد من الإختبارات المقننة نذكر بعضاً منها وهي:

1- إختبارات القدرة العقلية، يهدف استخدام إختبارات القدرة العقلية العامة. مثل مقياس ستانفورد بينيه أو وكسلر إلى تحديد مدى كفاءة القدرة العقلية للطفل. إذ يعتبر تحديد القدرة العقلية للطفل المعيار الأول في تشخيص مظاهر صعوبات التعلّم للطفل. فإذا أثبتت إختبارات الذكاء أن القدرة العقلية تقع ضمن حدود الاعتدال، أي ما بين نسبة ذكاء (85-155) وأظهر الطفل في الوقت نفسه قصوراً واضحاً في التحصيل الأكاديمي فإن ذلك يكون مؤشراً أولياً على وجود حالة من حالات صعوبات التعلم.

2- إختبارات التكيف الاجتماعي: تهدف هذه الإختبارات إلى التعرف على مظاهر النمو والتكيف الاجتماعي للطفل وذلك للكشف عن المظاهر السلبية في تكيفة الاجتماعي.

3- إختبارات القدرة اللغوية وأشهرها إختبار الينوي للقدرات السيكو لغوية.

4- الإختبارات الحركية.

5- إختبارات القراءة.

هذا ومن المهم أن نذكر أن عملية قياس وتشخيص صعوبات التعلم يجب أن تكون من خلال فريق متعدد التخصصات. نذكر منهم على سبيل المثال لا الحصر:-

1- أولياء الأمور: حيث تكون اسهاماتهم بإعطاء الخلفية الاجتماعية والثقافية والتاريخ الطبي والظروف الصحية التي مر بها أبنهم. وكذلك الظروف الاقتصادية السابقة والحالية لأفراد الأسرة.

2- المعلم: الذي يعتبر أهم أركان عملية التشخيص لأنه على اتصال مباشر مع الطلبة وهو المؤثر في العملية التعليمية وعليه تقع مسؤولية تطبيق المناهج المخططة والمرسومة من قبل التربويين فهو الذي يعمل على توفير الأنشطة المساندة للمناهج للتغلب على نواحي القوة والضعف فيه.

3- فريق أطباء متعدد التخصصات: ويشمل طبيب (الأعصاب، العيون، الأطفال، الأنف والأذن والحنجرة).

4- أخصائي القياس النفسي: وإسهامه يكون من خلال تحديد القدرات العقلية للطلبة واستقرارهم الانفعالي.

5- أخصائي النطق: ويكون اسهامه في تحديد جوانب القصور في النطق واللغة.

6- الأخصائي الاجتماعي والمرشد النفسي.

7- أخصائي التربية الخاصة. (Wilson, 1971) (Wallace, 1979).

الأساليب الفعّالة في علاج صعوبات التعلم

لقد تعددت الأساليب والاتجاهات في علاج صعوبات التعلم بإختلاف الإختصاصات المختلفة التي إهتمت بهذه المشكلة كأطباء الأعصاب والاختصاصيين النفسيين والاجتماعيين .. إلخ.

ولذلك، يمكن تصنيف الأساليب المستخدمة في علاج صعوبات التعلم إلى أسلوبين هما:-

أولاً: الإتجاد الطبي Medical Perspectives

تتناول الأساليب الطبية بعض المظاهر ذات العلاقة بصعوبات التعلم ولا تتناول الصعوبة بحد ذاتها أي أنها أساليب غير مباشرة فهي تعالج النشاط الزائد وتشتت الانتباه والاندفاعية والافتراض الأساسي الذي تقوم عليه إجراءات العلاج هو أن صعوبات التعلم ناتجة عن خلل وظيفي في الدماغ أو خلل بيوكيميائي في الجسم.

ويشتمل الاتجاه الطبي على أساليب متعددة أهمها:

أ) العلاج بالعقاقير الطبية:

حيث يستخدم هذا الأسلوب بشكل شائع في علاج حالات الإفراط في النشاط. إذ أن التقليل من النشاط الزائد يحسّن من درجة استعداد الطفل للتعلم. ولقد وجد أن بعض العقاقير الطبية التي تعرف بأنها منشطات للبالغين ذات أثر عكسي على الأطفال مفرطي النشاط. أي أن تلك العقاقير المنشطة للبالغين ذات أثر مهدئ على أولئك الأطفال. وتختلف فاعلية تلك العقاقير من طفل لآخر. لذا من غير الممكن التعميم بأن عقاراً ما ينفع في علاج مختلف الحالات، ومن أشهر العقاقير المستخدمة في هذا المجال الريتالين والديكسدرين والسايليرت (Lerner, 1985).

ب) العلاج بضبط البرنامج الغذائي:

يعتبر ضبط البرنامج الغذائي أسلوباً آخر من أساليب العلاج الطبية لصعوبات التعلم والذي ظهر في منتصف السبعينات من القرن الماضي ويعتبر فينجولد (Feingold)، هو صاحب هذا الأسلوب ويرى أن المواد الملونة والحافظة ومواد النكهة الصناعية التي تدخل في صناعة أغذية الأطفال أو حفظ المواد الغذائية المعلبة خاصة الفواكه والعصير وغيرها من المواد الكيماوية المضافة تزيد من حدة الإفراط في النشاط لدى الأطفال. وعليه يجب ضبط البرنامج الغذائي بحيث لا يشتمل على مثل هذه المواد الكيماوية. وينادي فينجولد بالتقليل من إستخدام هذه المواد في الصناعات الغذائية لمصلحة الجميع حيث أن آثارها السلبية لا تقتصر على ذوي صعوبات التعلم. وتتفق معظم المصادر بأن هذا الأسلوب في العلاج لا زال يفتقر إلى السند العلمي المقبول.

ج) العلاج عن طريق الفيتامينات (Megavitamins):

ويقوم هذا الأسلوب في العلاج على إعطاء الطفل جرعات من الفيتامينات على شكل أقراص أو شراب أو كبسولات. وظهر هذا الأسلوب في العلاج في أوائل السبعينات حيث كان يستخدم في علاج بعض حالات ذهان الطفولة. ويشير أنصار هذا الأسلوب إلى أن جرعات الفيتامينات للأطفال ذوي صعوبات التعلم تظهر تحسناً في فترة انتباهم وخفضت من درجة الإفراط في النشاط.

ثانياً: الاتجاه النفس/ تربوي (Psycho -Educational Perspectives)

يقوم هذه الاتجاه على توظيف المعرفة النفسية والتربوية وتطبيقاتها في مجال تعليم الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم. وبينما يحاول الاتجاه الطبي معالجة الأسباب المحتملة لصعوبات التعلم عن طريق الدواء أو الغذاء فإن الاتجاه النفسي التربوي يسعى إلى التغلب على مظاهر صعوبات التعلم عن طريق التعديل في أساليب التعليم واستراتيجياته (Kirk &Chalfaunt, 1984) ويشتمل الاتجاه النفسي التربوي على الطرائق الثلاث الرئيسية التالية:

1- **طريقة التدريب على العمليات** (Process Training)

تقوم هذه الطريقة على تصميم أنشطة تهدف إلى التغلب على المشكلات الوظيفية التي تعاني منها العمليات الإدراكية ذات الصلة بصعوبة التعلم. ويعتقد مؤيدو هذه الطريقة أن التدريب على عملية إدراكية ما يساعد في نمو وتحسن الأداء الوظيفي لتلك العملية. وتسهيل عملية التعلم لدى الطفل. والعمليات الإدراكية كما سبق وأشرنا تشمل الإدراك البصري للأشكال والإدراك البصري للشكل والخلفية، والتمييز البصري والتكامل البصري والحركي والإغلاق البصري وإدراك العلاقات المكانية والذاكرة البصرية والتمييز السمعي والذاكرة السمعية والإغلاق السمعي. وفي هذه الطريقة يتم إجراء تقييم دقيق لتحديد المشكلات الإدراكية المسؤولة عن صعوبة التعلم ومن ثم يتم تصميم التدريبات الملائمة للعملية الإدراكية ذات العلاقة.

ويتم في هذه الطريقة استخدام أساليب مختلفة أهمها:

أ) التدريب النفس لغوي (Psycholinguistic Training)

حيث يتم التدريب على التآزر البصري الحركي. ويستخدم هذا الأسلوب بشكل خاص

في علاج صعوبات الكتابة والقراءة. ولقد تم تطوير إختبارات وتدريبات مقننة في هذا المجال وأشهرها برنامج كيرك ورفاقه المصاحب لأختباره المشهور في مجال تشخيص العمليات النفسية وبرنامج فروستينج (Frosting) وكيفارت (Kephart) وغيرهم. وهي برامج منشورة يمكن الحصول عليها وإستخدامها في عمليات التدريب.

يتضمن برنامج فروستيج تدريبات لرسم الخطوط بين نقاط مختلفة وتختلف هذه الخطوط فبعضها يصل بين نقاط على خط مستقيم وبعضها خطوط منحنية بأشكال مختلفة. وتفيد هذه التمارين في مجال التآزر البصري الحركي (حركة اليد مع العين) والإنتقال في إتجاه معين. ويعتقد أن لهذه التدريبات أثر مباشر على تحسين القدرة على الكتابة والقراءة.

ب) التدريب باستخدام الحواس المتعددة (Multisensory Training)

ويقوم هذا الأسلوب على استخدام القنوات الحسية المختلفة (سمع، بصر، شم، لمس، الحاسة المكانية) في التدريب على العمليات الإدراكية. ويقوم هذا الأسلوب على الافتراض بأن الطفل يتعلم بشكل أسهل إذا تم توظيف أكثر من حاسة في عملية التعلم. وأحياناً يشار إلى هذا الأسلوب في التدريب على أنه طريقة منفصلة ولكن معظم المراجع تدرجه ضمن التدريب على العمليات.

ج) التدريب المعرفي (Cognitive Training)

يسعى هذا الأسلوب في التدريب إلى تحسين استراتيجيات الطالب في فهم وتنظيم عمليات التفكير المختلفة على اعتبار أن إستراتيجياته السابقة غير ملائمة لعملية التعليم. ويتضمن هذا الأسلوب إجراءات مختلفة ومتعددة أهمها:

- التعليم الذاتي.
- الضبط الذاتي.

2- طريقة تدريب المهارات (Skill Training)

الطريقة الرئيسة الأخرى في الاتجاه النفسي/ التربوي في العمل مع ذوي صعوبات التعلم هي ما يشار إليه عادة بالتدريب على المهارات. وبينما تركز طريقة التدريب على العمليات الأساسية للتعلم كالانتباه والعمليات الإدراكية، فإن طريقة التدريب على المهارات تركز على التدريب المباشر على المهارات التي يظهر فيها التلميذ قصوراً أو عجزاً. وتقوم هذه الطريقة على إفتراض أن العجز أو القصور في أداء المهارات لا يعود إلى خلل في

العمليات الإدراكية وإنما إلى حرمان من فرص التعلم الملائمة. وتشتمل هذه الطريقة على الإجراءات الأساسية التالية:

- التحديد الإجرائي الدقيق للسلوك المطلوب تعليمه، تحديد المهمة التعليمية.
- تحليل المهمة التعليمية.
- التعليم المباشر على المهمة.
- التقييم المستمر لمعرفة درجة إتقان التلميذ للمهمة.

ويتضح مما سبق أن طريقة التدريب على المهارات تستند بشكل أساسي إلى مبادئ تحليل السلوك وإجراءاته المختلفة في تعديل السلوك، حيث أنها تتناول شروط عملية التعليم وعناصرها، مثل تسلسل المهارات، والوسائل التعليمية، والتعزيز، وضبط المثيرات الأخرى في الموقف التعليمي.

3- الطريقة القائمة على الجمع بين التدريب على العمليات والتدريب على المهارات

كان التدريب على العمليات هو المنهج الأكثر شيوعاً في أوساط البرامج التربوية لذوي صعوبات التعلم. واستمر الحال كذلك حتى أواخر الستينات من القرن الماضي، حيث برز إتجاه التدريب على المهارات والذي اعتبره المعلمون أكثر ملائمة للاحتياجات الفردية لتلاميذهم. وعلى الرغم من أن الجدل بين أنصار كل اتجاه لا زال قائماً، فإن الاتجاه الأكثر حداثة وقبولاً في أوساط المختصين في الوقت الحاضر هو الجمع بين الاتجاهين والاستفادة من الميزات الإيجابية لكل منهما. (عبد الرحيم، 1982) (القريوتي وآخرون، 1995).

البدائل (الخيارات) التربوية المتاحة لمعالجة صعوبات التعلم

يمكن توفير أنماط عديدة من الخدمات التربوية لطلبة صعوبات التعلم، وتتخذ قرارات إحلالهم في البيئة التعلمية الأنسب بالاعتماد على المعلومات التشخيصية التي تم جمعها مسبقاً مع مراعاة أن تكون البيئة الأقل عزلاً. ويصعب مع توافر خيارات الإحلال العديدة اختيار أفضلها. وفيما يلي بدائل الخدمات التربوية مرتبة من الأقل إلى الأكثر عزلاً:

أ- الصف العادي: يعتبر الصف العادي هو الإحلال الأكثر أهمية، ويمضي الطالب في هذا الإحلال معظم اليوم مع أطفال آخرين من نفس عمره، وبذلك يوفر التفاعل بين الأفراد ذوي الصعوبات التعلمية والأفراد العاديين في وضع أقل تقييداً. ومن المآخذ عليه أنه قد لا يوفر التدريس الفردي.

2- المعلم المستشار: وهو يعد دعم مباشر لمعلمي الصفوف العاديين الذين يوجد في صفوفهم طلاب ذوي صعوبات تعلمية، وتشغل الخدمات التي تقدم لهؤلاء المعلمين على التقييم التربوي. وتخطيط البرنامج، واختيار أو إعداد مواد التدريس الخاصة والتدريب على التعليم، وتوفير مساعدة زيادة التواصل الفاعل مع الأباء، ومراقبة عامة للبرنامج وعملية التقييم.

3- غرفة المصادر: حيث يمضي فيها الطالب ذو الصعوبة التعلميّة جزءاً من اليوم الدراسي (45-60 دقيقة) مع معلم غرفة المصادر. وبذلك يكون قد وفر تدريساً فردياً في الحقول التي تظهر فيها المشكلة من خلال معلم مدرب خصيصاً لهذه الغاية (إن هذا البديل يكون غير مناسب تماماً لخدمة الطلبة ذوي الصعوبات التعلميّة الشديدة).

4- الصف الخاص: يفضل عادة وضع الطلبة ذوي الصعوبات الشديدة في صفوف خاصة، حيث يمضون معظم اليوم الدراسي فيها. وهذا بديل يعتبر الأقل تقييداً لبعض الحالات الشديدة وهو يوفر ظروفاً بيئية ضرورية لتلبية حاجاتهم، ويسمح بالتعليم الفردي. إلا أنه يمكن أن يسبب وصمة يتصف بها الطالب نتيجة وضعه في صف خاص. بالإضافة إلى أنه قد يشعر بالعزلة لفصله عن زملائه في الصفوف العادية.

5- المدرسة الخاصة: يمضي فيها الطالب ذوي الصعوبة التعليمية يوماً دراسياً كاملاً، حيث يتاح فيها استخداماً كاملاً للمصادر المحددة، من الأشخاص المدربين، المكان يتسع لعدد كبير من حالات صعوبات التعلم المعتدلة والشديدة. إلا أن هذا البديل لا يقدّم تفاعلات مع الآخرين العاديين خلال اليوم الدراسي.

وقد صنفت الخيارات اليومية المكنة المقدّمة للطلبة ذوي صعوبات التعلم في المدارس الأردنية إلى:-

1- أن يدمج الطالب في الصف العادي مع استخدام استراتيجيات علاجية مناسبة.

2- أن يدمج الطالب في الصف العادي مع جدولة زمنية (بعض الأوقات) التي يسمح فيها لمعلم غرفة المصادر بالدخول إلى غرفة الصف لتقديم المساعدة الضرورية.

3- غرفة المصادر.

4- أي مجموعة من الإجراءات السابقة. (الوقفي وآخرون، 1996).

إرشادات للمعلمين للتعامل مع الطلاب ذوي صعوبات التعلم

1- تقبّل الطفل كما هو، ولا تنتظر منه المستحيل.

2- لا تصدر أحكاماً في البداية، ولتكن واضح فيما تريد وما لا تريد.

3- إجعل التلميذ يشعر باهتمامك به كإنسان له خصوصياته.

4- أعطه الحرية في طرح الأسئلة دون الخوف من الضحك عليه.

5- شجعه على التحدث عن مشكلته ونقاط ضعفه.

6- خطط الدروس بعناية، وهذا من شأنه تسهيل الوصول إلى الهدف.

7- انتقل من المادي والمحسوس إلى المجرد والمعنوي قدر الإمكان، وتأكد أن التلميذ قد تعلم ما تعلّمه له، ولا تنسى ربط الخبرات الجديدة بالقديمة.

8- اختيار الاستراتيجيات المناسبة لهؤلاء التلاميذ والحرص على التقيد بالخطوات.

9- لكل تلميذ فروق فردية يختلف بها عن أقرانه لذلك يجب عليك مراعاة ذلك.

10- لا تطلب من التلميذ أن يقرأ دائماً قراءة جهرية، حاول أن تبادله الدور.

11- يجب أن تفرق بين ما يقدمه التلميذ في القراءة وما يقدمه في الكتابة.

12- تجنب إعطاء التلميذ كلمات كثيرة ليتعلمها من أنماط تهجئة مختلفة.

13- ابتعد عن الكلمات القاسية مثل غبي أو متخلف أو كسول، أو التأفف من استجابة التلميذ الخاطئة، فهي كفيلة بجرح الأنا لديه.

14- توقف إذا أحسست بأن الجو الدراسي بدأ يأخذ جانب الملل.

15- لا تنسى التغذية الراجعة قبل بداية الدرس.

16- تحدث ببطء ووضوح وواجه التلميذ ولا مانع من إعادة الشرح.

17- أدخل على التعليم بعض التلميحات البصرية كالصور والرسوم والمخططات.

18- التعاون مع معلم الفصل وأعضاء اللجنة الخاصة بصعوبات التعلم.

19- حاول أن تنمي نقاط القوة لدى التلميذ وحاول أن تبتعد عن إثارة نقاط الضعف.

20- استفد من اللوائح التي تساعد هؤلاء التلاميذ قدر الإمكان.

21- لا تنسى تعزيز التلميذ وخصوصاً الجانب المعنوي.

22- التدريب على التعبير الشفوي مع الصغار والكتابي يساعد على القراءة من جهة والتهجئة من جهة أخرى.

ومن المسلمات التي لا تحتاج إلى تأكيد أن ذوي الصعوبات التعليمية يختلفون في عدة مجالات عن التلاميذ الأسوياء، وهذا يعني أنهم يحتاجون إلى أساليب وتقنيات واستراتيجيات تعليمية تختلف عن تلك التي تقدم لزملائهم من الأسوياء. وعموماً إذا أريد لهذه الفئة أن تحقق تقدماً في النظام التربوي، يجب أن تنمي قدراتهم على الإلمام بتعقيدات النظام ا للغوي المكتوب، وأن يؤخذ بالحساب عند التخطيط للتعليم أن تكون الطرائق والمواد المستخدمة تدور حول نقاط القوة الموجودة لدى هذه الفئة وهذه زبدة الكلام. (Cott, 1985) (Cartwright, 1995).

ومن الإجراءات التي عليك القيام بها عزيزي المعلم في حال إكتشاف طالب يعاني من صعوبات تعلم في صفك ما يلي:-

1- شرح هذه الصعوبات لأسرة الطالب، لأن تعاون الأسرة وتجاوبها وتفهمها من النقاط الأساسية في نجاح البرامج العلاجية لهذا الطالب.

2- تعرّف على مختلف مظاهر المقدرة، والعجز عند الطالب، وفي هذا المجال، فإن الأخطاء التي يقع بها الطالب، لها أهمية خاصة، حيث أن تحليل هذه الأخطاء يفيدنا كثيراً في توضيح جوانب الضعف، وفي التعرّف على نمط الأخطاء التي يقع بها الطالب، وبالتالي تفيدنا في رسم البرنامج العلاجي.

3- تجنّب أي احتمال يؤدي إلى فشل الطالب، وفي هذا المجال يمكننا العودة إلى المستوى الذي سبق إحساس الطالب بوجود صعوبة لديه، أي حين كان التعلم ما يزال سهلاً بالنسبة له، ومن ثم تبدأ ببطء، مواصلين التشجيع، والإطراء على الأشياء التي يفهمها جيداً. والهدف هو إزالة التوتر عنه.

4- أن يكون لديك الإلمام الكافي بالمهارات الأساسية القبلية اللازمة لكل مهارة: فالإنتباه، ومعرفة الاتجاهات، ومعرفة المتشابه والمختلف من الأصوات والأشكال، وما شابه ذلك، كلها مهارات قبلية لازمة، ينبغي أن يتقنها الطالب، قبل أن نبدأ بتعليمه مهارات آخرى أكثر تعقيداً.

5- استخدام طريقة التعليم الفردي - قدر الإمكان - مع الطالب.

6- تزويد الطلاب ببرنامج يومي / أسبوعي شامل يوضّح المهام والواجبات، التي على

الطالب إنجازها خلال ذلك الأسبوع، لأن كثيراً من هؤلاء الطلبة يجدون صعوبة في تنظيم أوقاتهم.

7- التعاون مع معلم التربية الرياضية في المدرسة؛ بحيث يتم التركيز مع هذا الطالب على ألعاب التوازن، والألعاب التي لها قواعد ثابتة، والألعاب التي تقوي العضلات، والحركات الكبيرة كالكرة، والألعاب التي تعتمد على الاتجاهات.

8- استغلال حصة النشاط في داخل الصف بإعطائه مسؤوليات محدودة، مثل عمل مشروع معين، أو إعطائه مهمة معينة: تساعد على تنمية الاتجاهات، بحيث تتضمن المطابقة، ومعرفة أوجه التشابه والاختلاف، ما شابه ذلك.

9- تشجيعه ومدحه على الأشياء التي يعملها بصورة صحيحة، ركّز دائماً على النقاط الإيجابية في إنجازه، وأشعره بتقديرك للجهد الذي بذله.

10- مساعدته بأن تضع إشارة مميزة على الجهة اليمنى من الصفحة لإرشاده من أين يبدأ سواء في القراءة أو الكتابة. تذكّر أن هذا الطالب يعاني من صعوبة في تمييز الاتجاهات.

11- اعتماد مبدأ المراجعة دائماً للدروس السابقة، فهذا سيساعده على زيادة قدرته على التذكر. وسيستعد كل طلاب الصف أيضاً.

12- تشجيعه على العمل ببطء، وإعطاؤه وقتاً إضافياً في الإختبارات .

13- تشجيعه على استعمال وسائل ومواد محسوسة، في العمليات الحسابية، كذلك المسجل في حالة إلقاء الدرس.

14- تشجيعه على النظر للكلمات بالتفصيل، لمساعدته على تمييز أشكال الأحرف، التي تتكون منها هذه الكلمات.

15- إعطاؤه قوانين محددة، وثابتة تتعلق بطريقة الكتابة، وهذا يساعده على الإملاء.

16- قراءة ما يُكتب على اللوح بصوت عالي.

17- تقليل المشتتات الصفية قدر الإمكان.

18- وأخيراً: جربوا كل شيء ما عدا الإزدراء والتوبيخ. (Cartwright, 1995).

الأسرة وصعوبات التعلم

دور الوالدين تجاه طفلهما ذو صعوبات التعلم:

- القراءة المستمرة عن صعوبات التعلم والتعرف على أُسس التدريب والتعامل المتبعة للوقوف على الأسلوب الأمثل لفهم المشكلة.
- التعرّف على نقاط القوة والضعف لدى الطفل بالتشخيص من خلال الأخصائيين أو معلم صعوبات التعلم ولا يخجلان من أن يسألا عن أية مصطلحات أو أسماء لا يعرفونها.
- إيجاد علاقة قوية بينهما وبين معلم الطفل أو أي أخصائي له علاقة به.
- الاتصال الدائم بالمدرسة لمعرفة مستوى الطفل، حيث أن الوالدين لهما تأثير مهم على تقدم الطفل من خلال القدرة والتنظيم فمثلاً:
- لا تعط الطفل العديد من الأعمال في وقت واحد أعطه وقتاً كافياً لإنهاء العمل ولا تتوقع منه الكمال.
- وضّح له طريقة القيام بالعمل بأن تقوم به أمامه واشرح له ما تريد منه وكرر العمل عدة مرات قبل أن تطلب منه القيام به.
- ضع قوانين وأنظمة في البيت بأن كل شيء يجب أن يُرد إلى مكانه بعد إستخدامه وعلى جميع أفراد الأسرة اتباع تلك القوانين حيث أن الطفل يتعلم من القدوة.
- تنبّه لعمر الطفل عندما تطلُب منه مهمة معينة حتى تكون مناسبة لقدراته.
- أحرم طفلك من الأشياء التي لم يعدها إلى مكانها مدة معينة إذا لم يلتزم بإعادتها أو لا تشتر له شيئاً جديداً أو دعه يدفع قيمة ما أضاعه.
- كافئه إذا أعاد ما استخدمه وإذا إنتهى من العمل المطلوب منه.
- لا تقارن الطفل بإخوانه أو أصدقائه خاصة أمامهم.
- دعه يقرأ بصوت مرتفع كل يوم لتصحّح له أخطاءه.

وأخيراً فإن الدراسات والأبحاث المختلفة قد أوضحت أن العديد من ذوي صعوبات التعلم الذين حصلوا على تعليم أكاديمي فقط خلال حياتهم المدرسية وتخرجوا في المرحلة الثانوية لن يكونوا مؤهلين بشكل كاف لدخول الجامعة ولا دخول المدارس التأهيلية المختلفة

أو التفاعل مع الحياة العملية. ولهذا يجب التخطيط مسبقاً لعملية الانتقال التي سوف يتعرض لها ذوو صعوبات التعلم عند الخروج من الحياة المدرسية إلى العالم الخارجي.

وكذلك فإن الخيارات المتعددة لتوجيه الطالب واتخاذ القرار الذي يساعده على إلتحاقه بالجامعة أو حصوله على عمل وانخراطه في الحياة العملية أو توجيهه نحو التعليم المهني، وعند إتخاذ مثل هذا القرار يجب أن يوضع في الإعتبار ميول الطالب ليكون مشاركاً في قرار كهذا.

دور الوالدين في البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم

هناك دور هام للوالدين في نجاح البرنامج العلاجي الموضوع لطفلهم من قبل الأخصائيين. وتحديداً على الوالدين القيام بما يلي:-

1- فهم أبعاد البرامج العلاجية الخاصة بطفلهم.

2- متابعة تنفيذ البرنامج مع طفلهم.

3- تنفيذ الأجزاء الخاصة بهم في البرنامج العلاجي.

4-ملاحظة انعكاسات البرنامج في سلوك أطفالهم.

5- تدريب الأهل على بعض المهارات التي يمكن أن تتم تنميتها عند طفلهم من خلال التدريب المباشر أو من خلال اللعب.

إرشادات خاصة للوالدين للتعامل مع طفلهم ذو صعوبات التعلم

عزيزي القارئ، فيما يلي عشر طرق أضعها بين يدي والدي الطفل ذو صعوبات التعلم لمساعدة طفلهم للتغلب على مشكلته، وهذه الطرق العشر هي:

1- ينبغي تخصيص أوقات محددة من النهار ليعمل فيها الوالد/ الوالدة مع الطالب صاحب المشكلة.

2- يجب أن تكون فترات العمل قصيرة - في البداية - ومن ثم يمكن تمديدها تدريجياً، ومن المفيد أن ينتهي العمل مع الطالب حين يبلغ ذروة شعوره بالنجاح، مع الحرص على عدم دفعه إلى حافة الشعور بالفشل.

3- ينبغي تحلّي الوالد/ الوالدة بالصبر والموضوعية (بعيداً عن العواطف) قدر المستطاع ولتكن نغمة صوتيهما هادئة وحازمة عند الكلام مع الطالب.

4- ينبغي الحرص على أن تكون التوجيهات والأوامر قصيرة وبسيطة، بحيث يستوعبها الطالب بسهولة.

5- إذا شكا الطالب من صعوبة في أداء أحد التدريبات أو الأعمال ينبغي الانتقال به إلى تدريب أسهل، ثم يعاد إلى التدريب السابق (بعد تعديله) حتى يشعر بقدرته على النجاح في ذلك العمل.

6- ينبغي معرفة قدرات الطالب، وكذلك جوانب ضعفه، معرفة تامة، ولا يجوز الاستمرار في مطالبته بمهمات (أو تدريبات) سهلة جداً بل لا بد من التحديات لإثارة اهتمامه.

7- لا بد من الثناء على الطالب حين يوفّق في أداء عمل ما (مهما بدا بسيطاً)، كما لا يجوز التركيز على مظاهر الفشل.

8- يجب على الوالد/ الوالدة أن يتشارك بانبساط مع الطالب حتى يشعر بالمتعة في أثناء التدريب والعمل معه.

9- يستحسن اتباع الأسلوب التشجيعي فيقال له مثلاً: ((يمكنك أن تتعلم ولو أن ذلك قد يبدو بطيئاً في البداية. ولكن أطمئِن فأنا معك في هذا الأمر إلى أن تتعلمه وتتقنه)).

10- أما آخر هذه الطرق وأهمها هو أن يكون الوالد/ الوالدة رحيماً بنفسه، فإنه ليس مسؤولاً في الأصل عن وجود هذه الصعوبة في التعلم عند الطالب وليس بالإمكان معالجة الأمور في الحال، ومن طبيعة الإنسان أن ينفذ صبره أحياناً فيُشعر الوالد/ الوالدة برغبة في التوقف عن المساعدة. ومن هنا يجب عليك أن تلجأ إلى طلب المساعدة إما من معلمه أو البحث عن أخصائي صعوبات التعلّم في مدرسته، أو في مدرسة قريبة من منزله أو زيارة مركز خدمات صعوبات التعلم المسائي الموجود في المنطقة. ومن المفيد أيضاً التقاء الوالدين ليتحدثا بانتظام مع أولياء أمور طلاب آخرين ممن يعاني أبناؤهم من صعوبات تعلم ليعرفا أنهما ليسا وحدهما في هذا المجال. (Cott, 1985).

مراجع الفصل السادس

المراجع العربية:-

- الزيات، فتحي (1998). **صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصيّة والعلاجية.** دار النشر للجامعات، القاهرة.
- السرطاوي، زيدان وآخرون (2001). **مدخل إلى صعوبات التعلّم.** إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- السرطاوي وزيدان، السرطاوي، عبد العزيز (1988) **صعوبات التعلم الأكاديمية والنمائية،** مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض.
- الصمادي، جميل، الناطور، ميادة، الشحومي، عبد الله (2003) **تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة،** الطبعة الأولى، منشورات الجامعة العربية المفتوحة، الكويت.
- عجاج، خيري (1998)، **صعوبات القراءة والفهم القرائي،** الطبعة الأولى، دار الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع، المنصورة.
- القاسم، جمال (2000)، **أساسيات صعوبات التعلم،** الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
- التريوتي، يوسف، الصمادي، جميل، السرطاوي، عبد العزيز (1995) **المدخل إلى التربية الخاصة،** الطبعة الأولى، دار القلم للنشر والتوزيع، العين.
- الوقفي، راضي، الكيلاني، عبد الله زيد (2001) **مقياس تشخيص المهارات الأساسية في اللغة العربية والرياضيات،** من منشورات كلية الأميرة ثروت، عمان.
- الوقفي، راضي (1996) **الإستراتيجيات التعليمية في الصعوبات التعلمية،** منشورات كلية الأميرة ثروت، عمان.

المراجع الأجنبية:-

-Bryan, T. (1997), Assessing the personal and social status of students with learning disabilities. **Learing Disabilities: Research and Practice**, 13, 63-76

-Bush, W. J, Waugh, K. W (1976), **Diagnosing Learning Disabilities**, Columbus, OHIO: Bell 7Howell commpany, 1976.

-Cartwright, P., Cartwright, C., &Ward, M. (1995), **Educating special learners.** Blemont, California: Wadsworth.

-Cott. A. (1985),**Help for your Learning disabled child: The orthomolecular treatment.** New York: Times Books.

-Faas, L. (1981), **Learning disabilities: Acompetency -based approach.** Boston: Houghton Mifflin.

-Hallahan, m D., Kauffman, J., Lloyd, J. (1998), **Introduction to learning disabilities** (2nd ed). Boston: Allyn & Bacon.

-Kirk, S., Gallaugher, J., (1985),**Educating Exceptional children.** Boston press. Ohio.

-Lerner, J. (2000),**Learning disabilities: Theories, diegnosis, and teaching strategies** (8th ed). Boston: Houghton Mifflin Company.

-Lerner, J., (1976), **Students with Lerning Disabilities**, 2nd. Ed., U.S.A.: Hough - ton Mifflin Co.,.

-Mercer, C.D. (1997),**Students With Learning Disabilities**, 5th Ed., upper saddle River Nj: Merrill -Prentice Hall.

-Wallace G., &mcloughlin, J. A. (1979), **Learning Disabilities. Columbus.** Ohio: Bell &Howell company.

hill, -Wilson. J. A. R. (1971), **diagnosis of Learning difficulties** U.S.A McGraw - Inc.

الفصل السابع

الإضطرابات السلوكية

(Behavioral Disorders)



الاضطرابات السلوكية
(Behavioral Disorders)

مقدمة:

تعتبر الاضطرابات السلوكية إحدى ميادين التربية الخاصة الحديثة نسبياً. والمعرفة في هذا الميدان ما زالت حديثة مقارنة بميادين التربية الخاصة الأخرى. ونتيجة للإختلاف في طبيعة الاضطرابات السلوكية وأسبابها وعلاجها وكذلك نتيجة لتعدد اختصاصات واهتمامات المهنيين والباحثين. بالإضافة إلى تعقد الاضطراب نفسه وتداخله مع اضطرابات أخرى جعلت الباحثين يميلون إلى استخدام مصطلحات متعددة للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص فمن المصطلحات التي أُستخدمت للإشارة إلى هذه الفئة من الأشخاص الاضطرابات الانفعالية (Emotional Disturbances) أو الإعاقة الانفعالية (Emotional Impairment)

إلا أن التوجهات الحديثة في التربية الخاصة تميل إلى استخدام مصطلح الاضطرابات السلوكية (Behavioral Disorders) وذلك للأسباب التالية:

- أن مصطلح الاضطرابات السلوكية يصف السلوك الظاهر الذي يمكن التعرف عليه بسهولة وبالتالي وضع أساليب علاجية له.
- إن مصطلح الاضطرابات السلوكية لا تتضمن إفتراضات مسبقة حول أسباب الاضطراب. وبالتالي فهو مفيد للمعلمين بشكل أكبر (Kauffman, 1989).

تعريف الاضطرابات السلوكية

لقد ظهرت تعريفات عديدة لاضطرابات السلوك. ولكن لا يوجد اتفاق شامل على أي من هذه التعريفات وذلك للأسباب التالية:

1- عدم الاتفاق بين الباحثين على معنى السلوك (السوي) أو الطبيعي أو حول مفهوم الصحة النفسية، وبالتالي انعكس على صعوبة تحديد الانحراف أو الشذوذ عن هذا الطبيعي، إذ لا يستطيع الباحثون الاتفاق على غياب الصحة النفسية في حين أنهم غير متفقين أصلاً على تعريف ما المقصود بالصحة النفسية.

2- عدم الاتفاق بين الباحثين على مقاييس وإختبارات لتحديد السلوك المضطرب وهذا ناتج عن عدم الاتفاق بينهم أساساً على مفهوم السلوك ((السوي)) أو الطبيعي.

3- تعدّد واختلاف الاتجاهات والنظريات التي تفسر إضطرابات السلوك وأسبابها واستخدام مصطلحات وتعريفات وتسميات تعكس وجهات النظر المختلفة.

4- التباين في المعايير والسلوك المتوقع من الأشخاص الذي قد تتبناه مجموعة أو أكثر في المجتمع في الحكم على اضطراب السلوك.

5- ظهور اضطرابات السلوك لدى فئات الإعاقة المختلفة قد يجعل من الصعب أحياناً تحديد هل الاضطراب في السلوك ناتج عن الإعاقة التي يعاني منها الشخص أم هي سبب في تلك الإعاقة. (Paul &Epanchin, 1992).

وللتغلب على هذه المشكلة (صعوبة وجود تعريف محدد للإضطرابات السلوكية) تم الاحتكام على عدد من المحكات للحكم على السلوك بأنه مضطرب أو شاذ وهذه المعايير هي:-

1- تكرار السلوك (Frequency): ويقصد بذلك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة.

2-مدّة حدوث السلوك (Duration): ويقصد به المدة الزمنية التي يستمر فيها حدوث السلوك.

3- شدة السلوك (Magnitude): ويقصد به التطرّف في شدة السلوك فإما أن يكون غير مرغوب فيه وقوياً جداً أو مرغوب فيه وضعيفاً جداً.

كذلك فقد استخدم المهتمون في هذا المجال معايير أخرى شائعة للتمييز بين السلوك السوي والسلوك الشاذ وهذه المعايير هي:

- **المعيار الإحصائي:**

ويقصد به الندرة الإحصائية، إذ يعتبر سلوك الفرد شاذاً إذا انحرف بشكل ملحوظ عن المتوسط الحسابي، فالأفراد الذين تشبه سلوكاتهم أغلبية الناس يوصفون بأنهم عاديون، وبالمقابل فإن الأفراد الذين تختلف سلوكاتهم الأغلبية بشكل ملحوظ يوصفون بأنهم شواذ.

- **المعيار النفسي الموضوعي:**

ويتضمن تحليل الحادثة السلوكية بطريقة موضوعية وإجراء الإختبارات النفسية وجمع البيانات عن طريق دراسة الحالة والوصول إلى تشخيص إكلينيكي وتحديد الانحراف عن الصحة النفسية المثالية.

- المعيار الاجتماعي:

ويقصد به الاحتكام إلى عادات وتقاليد وقيم المجتمع. فيعتبر السلوك شاذاً إذا خالف عادات وتقاليد المجتمع وطبيعياً أو سوياً إذا توافق مع هذه العادات والتقاليد.

وفيما يلي عرض لأهم التعريفات ذات العلاقة بالإضطرابات السلوكية أو الإضطرابات الانفعالية:

لقد عرف كوفمان (Kauffman) الأشخاص المضطربين في السلوك بأنهم أولئك الذين يستجيبون بشكل واضح ومزمن لبيئتهم باستجابات غير مقبولة اجتماعياً، أو يستجيبون بطرق غير مناسبة والذين يمكن تعليمهم سلوكات اجتماعية وشخصية مقبولة.

كما يعرف رينرت (Reinert) الطفل المضطرب بأنه ذلك الطفل الذي يظهر سلوكاً مؤذياً وضاراً بحيث يؤثر على تحصيله الأكاديمي، أو على تحصيل أقرانه، بالإضافة إلى التأثير السلبي على الآخرين.

كما يرى روس (Ross) أن الاضطراب النفسي يظهر عندما يقوم الطفل بسلوك ينحرف عن المعيار الاجتماعي بحيث أنه يحدث بتكرار وشدة حتى أن الكبار الذين يعيشون في بيئة الطفل يستطيعون الحكم على هذا السلوك.

ومن التعريفات الأكثر قبولاً للإضطرابات السلوكية أو الانفعالية الذي حصل على دعم كبير هو التعريف الذي طوّره بور (Bower 1978/1969) وأدخل في قانون تعليم الأفراد المعوقين، يعرّف بور اضطرابات السلوك أو الاضطرابات الانفعالية لغايات التربية الخاصة بأن الأطفال المضطربون يجب أن تتوافر لديهم واحدة من الخصائص التالية أو أكثر ولفترة زمنية:

- عدم القدرة على التعلم والتي لا تفسر بأسباب عقلية أو حسية أو صحية.
- عدم القدرة على بناء علاقات شخصية مرضية مع المعلمين والأقران وعدم القدرة على المحافظة على هذه العلاقات.
- ظهور أنماط سلوكية غير مناسبة في المواقف العادية.
- مزاج عام من الكآبة والحزن.
- الميل لتطوير أعراض جسمية، آلام، أو مخاوف مرتبطة بمشكلات شخصية ومدرسية. (Hallahan &Kauffman, 1991).

معدلات شيوع اضطرابات السلوك

لا توجد تقديرات مؤكدة حول انتشار اضطرابات السلوك، حيث تشير الدراسات إلى اختلاف واضح في تقديرات انتشار اضطرابات السلوك تعزى للتباين في التعريفات المستخدمة، وكذلك للتباين في تفسير التعريف الواحد بين الباحثين، بالإضافة إلى اختلاف المنهجية المستخدمة من قبل الباحثين لتحديد أعداد الأفراد المضطربين. التقديرات المتحفظة تشير إلى نسبة أقل من (1%) في حين أن التقديرات غير المتحفظة تشير إلى أكثر من (20%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك. أن هذا التباين في نسب التقديرات يعكس مدى الاختلاف في الأسس المستخدمة لتحديد المضطربين في السلوك.

وباستعراض مختلف الدراسات حول مدى انتشار اضطرابات السلوك يمكن الإشارة إلى أن ما نسبته (2%) إلى (3%) من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات السلوك، وهذه الاضطرابات بدرجة متوسطة أو شديدة، أما إذا اخذت الاضطرابات البسيطة أيضاً فإن النسبة تزيد وقد تصل إلى (10%) من الأطفال في سن المدرسة.

أما فيما يتعلق بالمقارنة بين انتشار اضطرابات السلوك عند الذكور وانتشارها عند الإناث فتشير الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطرابات السلوك لدى الذكور تفوق بشكل واضح نسبة انتشارها لدى الإناث، إذ أنها عند الذكور ضعف الإناث أو قد تصل أحياناً إلى 5:1.

هذا، وتختلف طبيعة اضطرابات السلوك عند الذكور مقارنة بالإناث، إذ يميل الذكور إلى السلوك الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى في حين تميل الإناث إلى السلوك الموجه نحو الداخل كالخجل والحساسية والقلق والانسحاب الاجتماعي.

أما فيما يتعلق بالعلاقة بين انتشار اضطرابات السلوك والعمر فتشير الدراسات إلى أن الاضطرابات تكون قليلة في الصفوف الابتدائية الأولى وأن هذه الاضطرابات تزداد في الصفوف المتوسطة ثم تميل إلى الانخفاض في الصفوف العليا. (القريوتي وآخرون، 1995م، ص: 331-332).

تصنيفات الاضطرابات السلوكية

ظهرت العديد من التصنيفات للإضطرابات السلوكية، وذلك اعتماداً على الاتجاهات النظرية في تفسير هذه الاضطرابات وفيما يلي عرض لأهم هذه التصنيفات:-

أولاً:- تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (Diagnostic and Statistical Manal of Mentel Disorders) ويرمز له برمز (DSM): وهو تصنيف يصدر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA) وهو الأكثر استخداماً من قبل الأطباء النفسيين. ويعتمد هذا التصنيف على وجهة نظر الطب النفسي في النظر إلى الاضطرابات في السلوك والذي يركز على الاضطرابات في الجانب الانفعالي وتبني وجهة النظر الطبية التي تفترض وجود أسباب داخلية لاضطرابات السلوك.

تصنّف اضطرابات السلوك في هذا النظام التصنيفي تحت بند الاضطرابات التي تنشأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة وتشمل ما يلي:

- في الجانب الذكائي ويشمل: الإعاقة العقلية.
- الاضطرابات السلوكية وتشمل: اضطرابات الانتباه، واضطرابات التصرف.
- الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.
- الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية، اضطرابات آخرى.
- الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.
- ويعتمد هذا التصنيف على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك والذي يركّز في الأساس على العوامل الداخلية كأسباب للإضطرابات والأمراض، وإن المظاهر المرضية ما هي إلا أعراض للأسباب الأساسية والتي تكون داخلية. أن النقد الأساسي لهذا التصنيف آنه يصنّف الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة والمراهقة على أنها اضطرابات عقلية ويتم التعامل معها على هذا الأساس. (Smith &Rasson, 1992).

ثانياً:- تصنيف النظام السلوكي:

يعتمد النظام السلوكي في تصنيف اضطرابات السلوك على وصف سلوكي للبعد أو مجموعة الأبعاد، ثم وضع السلوكات التي تنطبق عليها هذه الصفات، ومن الأمثلة على ذلك تصنيف كوفمان (Kauffman, 1987). حيث يصنّف اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1- الحركة الزائدة، والتخريب، والاندفاعية.

2- العدوان.

3- الإنسحاب، وعدم النضج، والشخصية غير المناسبة.

4- المشكلات المتعلقة بالنمو الخلقي والانحراف.

ثالثاً:- التصنيف المعتمد على استخدام أسلوب التحليل العاملي:

لقد استخدم كوي (Quay)أسلوب التحليل العاملي للوصول إلى تصنيف يعتمد وضع الصفات في مجموعة متجانسة حيث قسم اضطرابات السلوك إلى ما يلي:

1- اضطرابات التصرف: وتتضمن عدم الطاعة، والإزعاج، المشاجرة مع الآخرين. (السرطاوي وسيسالم، 1987).

2- الاضطرابات الانفعالية وتشمل: قلق الطفولة أو المراهقة، واضطرابات أخرى.

3- الاضطرابات الجسمية وتشمل: اضطرابات الأكل، اضطرابات الحركات النمطية، اضطرابات أخرى.

4- الاضطرابات النمائية العامة، والاضطرابات النمائية المحددة كالتوحد.

يتميز هذا النظام التصنيفي بأنه يركز على تسمية الاضطراب ووصفه بصورة واضحة وهذا يجعله يختلف عن التصنيفات الأخرى ضمن هذا النظام، كما أنه يتضمن معلومات أكثر عن الشخص المراد تشخيصه، إذ يتطلب هذا التصنيف معرفة أربعة جوانب أساسية عن الشخص أو الحالة. ولكن النقد الموجه لهذا النظام هو أنه يصنّف اضطرابات الأطفال على أنها اضطرابات عقلية، وهو كذلك يعتمد على النموذج الطبي في تفسير اضطرابات السلوك والتي تركز في الأساس على العوامل الداخلية، كأسباب للاضطرابات كما هو الحال بالنسبة للأمراض الجسمية.

رابعاً:- التصنيف اعتماداً على شدة الاضطراب السلوكي:

حيث تصنّف الاضطرابات السلوكية حسب هذا التصنيف إلى الفئات التالية:-

1- اضطرابات السلوك البسيطة: وهي أكثر شيوعاً ولا تحتاج إلى إجراءات تدخل علاجي وتربوي كبير وتشمل مشكلات سوء التكيف البسيطة والمشكلات والضغوط الموقفية.

2- اضطرابات السلوك المتوسطة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مثل السلوكات الموجهة نحو الخارج كالعدوان والتخريب والفوضى والسلوكات الموجهة للداخل كالقلق والانسحاب الاجتماعي والخوف المرضي.

3- اضطرابات السلوك الشديدة: وتشمل الاضطرابات التي تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي مكثف مثل حالات ذهان الطفولة أو فصام الطفولة. (Heward &Orlansky, 1988).

خصائص الأطفال المضطربين سلوكياً

هناك صعوبة في وضع خصائص محددة للأطفال المضطربين سلوكياً. حيث أن لكل فرد خصائصه المميزة. إلا أنه هناك خصائص عامة مشتركة يمكن القول أنها تميز الأفراد المضطربين في السلوك مقارنة بأقرانهم من الأفراد العاديين ومن فئات التربية الخاصة. وفيما يلي عرض لأكثر الخصائص شيوعاً:

- الذكاء:

هناك اعتقاد خاطئ بأن الأفراد المضطربين سلوكياً يميلون لأن يكونوا أذكياء. وفي الواقع يمكن أن يكون ذكاؤهم مرتفعاً أو متوسطاً أو منخفضاً شأنهم شأن الأفراد غير المضطربين.

فقد أشارت الدراسات إلى أن متوسط ذكاء هؤلاء الأفراد حوالي (90) درجة وأن الكثير منهم يقع ذكائهم في حدود بطء التعلم أو الإعاقة العقلية البسيطة. وأن هناك عدداً قليلاً من الأطفال المضطربين الذين يقع ذكائهم ضمن التفوق العقلي.

من الجدير بالذكر الإشارة إلى أن الأفراد المضطربين في السلوك على إختبارات الذكاء يتأثر بسبب اضطرابهم مما يمكن معه القول بأن الاضطراب يؤثر على توفير الفرص المناسبة لهم لتعلم المهمات التي تتضمنها إختبارات الذكاء. بالإضافة إلى أن السلوك غير الملائم للطفل المضطرب يؤثر في الأداء على اختبار الذكاء فيؤثر على النتيجة النهائية. من هنا فإن إختبارات الذكاء تعتبر متحيزة ضد المضطربين في السلوك ولا تعطي مؤشرات دقيقة عن ذكائهم الحقيقي. هذا بالإضافة إلى أن هناك بعض الحالات الشديدة التي يصعب تطبيق إختبارات الذكاء عليها مثل حالات ذهان الطفولة.

- التحصيل الأكاديمي:

إن معظم الأشخاص المضطربين يكون تحصيلهم الأكاديمي في المدرسة منخفضاً مقاساً باختبارات التحصيل المدرسية الرسمية وغير الرسمية. فهم في العادة يحصلون أقل مما هو متوقع من عمرهم العقلي، وقليل جداً من يحصلون على درجات عالية في التحصيل.

إن الكثير من الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات الشديدة يفتقرون حتى للمهارات الأكاديمية الأساسية التي تشمل القراءة والكتابة والحساب، والقليل منهم من الذين يملكون مثل هذه المهارات لا يستطيعون تطبيقها والتعامل معها في الحياة اليومية. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 335).

- السلوك العدواني:

يعد السلوك العدواني من أكثر أنماط السلوك المضطربه ظهوراً لدى الأطفال المضطربين سلوكياً ويصنّف هذا السلوك ضمن السلوكات الموجهة نحو الخارج (External-izing) وضمن اضطرابات التصرف (Conduct Disorders)

يظهر السلوك العدواني على شكل اعتداء على الآخرين بأشكال مختلفة، كالاعتداء الجسدي وإلحاق الأذى المادي بالآخرين، أو بالاعتداء اللفظي كالسباب والشتائم، أو حتى بالعدوان الرمزي بإظهار التذمر والمخاصمة. وهتك العرض والسطو المسلح والسرقة المنظمة هي سلوكات قد تكون ممكنة إذا تفاقمت المشكلات السلوكية بدون أن يتم التدخل المباشر للحد منها ومنعها أو الحد من العوامل التي تسهم في حدوثها كالفشل المدرسي المتكرر والإفتقار إلى البيئة المناسبة.

وهناك العديد من النظريات التي تفسر السلوك العدواني منها النظرية التي تنادي بأن العدوان يسببه الإحباط، أو أن العدوان هو تعبير عن دوافع لا شعورية، أو أن العدوان سلوك متعلّم يتم عن طريق المحاكاة والتقليد.

هذا وتشير الدراسات إلى أن العدوان أو السلوك الموجه نحو الخارج يظهر لدى الذكور أكثر منه لدى الإناث، كما أن السلوك العدواني يتلازم مع الفشل المدرسي، فهناك أهمية واضحة لتلبية حاجات الأطفال متدني التحصيل والعدوانيين (Hallahan &Kauffman, 2003).

- السلوك الإنسحابي:

يعتبر السلوك الإنسحابي هو سلوك موجه نحو الداخل (Internalizing) أو نحو الذات وهو يتضمن الابتعاد من الناحيتين الجسمية والنفسية الانفعالية عن الأشخاص الآخرين وعن المواقف الاجتماعية التي تتطلب من الطفل التفاعل الاجتماعي.

هذا وتظهر أشد حالات السلوك الانسحابي لدى الأفراد الذين تم تشخيصهم بأنهم

يعانون من ذهان الطفولة. وهذا النوع من السلوك يكثر بين الإناث مقارنة بالذكور. (Shea, 1978).

إن تأثير السلوك الانسحابي يكون على الفرد نفسه وليس على الآخرين إذا أنه لا يؤثر على الضبط الصفي ولا يسبب مشكلات للمعلم. إن الأفراد الانسحابين عادة ما يكونوا طفوليين في سلوكاتهم ومترددون في تفاعلهم مع الآخرين ونادراً ما يلعبوا مع الأطفال في مثل سنهم. بالإضافة على أنه تنقصهم المهارات الاجتماعية اللازمة للاستمتاع بالحياة الاجتماعية، وقد تنمو لديهم مخاوف لا أسباب لها، كما أن بعضهم دائم الشكوى والتمارض للابتعاد عن المشاركة في الأنشطة العامة.

وتعد المظاهر السلوكية الآتية من أبرز المظاهر التي تعبر عن السلوك الإنسحابي لدى الطفل المضطرب سلوكياً:

- العزلة والتقوقع حول الذات.
- الاستغراق في أحلام اليقظة.
- الخمول والكسل.
- عدم المبادرة الاجتماعية.
- عدم تكوين صداقات. (Hallahan &Kauffman, 2003).

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات توصلت إلى وجود خصائص عامة للمضطربين سلوكياً وانفعالياً على مختلف فئاتهم وأهم هذه الخصائص:

1- لديهم ضعف في الفهم والاستيعاب.

2- لديهم ذاكرة ضعيفة.

3- قلق غير مبرر.

4- يظهرون سلوكات تهدف على جذب الانتباه.

5- لديهم مزاج متقلّب.

6- لديهم حركة زائدة وتشتت في الانتباه.

7- مندفعين ومتسرعين.

8- تقديرهم لذاتهم متدني.

9- غير قادرين على بناء علاقات اجتماعية فعّالة.

10- يظهرون سلوكات جنسية منحرفة.

11- الشكوى من علل نفس - جسدية غير صحيحة.

12-التمرد المستمر.

13- لديهم ضعف في الدافعية. (Shea, 1978).

قياس وتشخيص الأطفال المضطربين سلوكياً

تعتبر إجراءات التعرّف والفحص والتشخيص لإضطرابات السلوك عملية معقّدة وتحتاج إلى جهد كبير وذلك بسبب عدم الاتفاق التام على تعريفات اضطرابات السلوك أو حتى بسبب تفسير التعريف بشكل مختلف. كذلك، فإن المهنيين الذين لهم علاقة بالفحص والتشخيص يختلفون فيما بينهم في الطرائق والإجراءات والفلسفات التي يتبنونها، وذلك اعتماداً على الاتجاهات النظرية المختلفة التي يعتمدونها. ومع كل هذه الصعوبات، فإن التربويين والمهنيين في مجال الصحة العقلية يستخدمون إجراءات عامة وذلك لتحديد الأطفال المضطربين، ولتقييم مشكلاتهم وذلك من أجل استخدام المعالجة المناسبة. (القريوتي وآخرون، 1995).

وهذه الإجراءات تحاول الإجابة عن الأسئلة التالية:

-كيف نتعرف على الطفل المضطرب انفعالياً أو سلوكياً؟

- هل هذه المشكلة شديدة بدرجة كافية بحيث تتطلب تدخلاً؟

- ما هي طبيعة التدخل الذي يجب أن يكون؟ (يحيى، 2000، ص: 106).

إجراءات الكشف والتعرف

ويتضمن مسح مجموعة كبيرة من الأطفال من أجل تحديد عدد الأطفال الذين هم بحاجة إلى خدمات إضافية أو متخصصة. وفي حالة الأطفال في سن المدرسة، فإن المعلم هو المعنى في عملية الكشف. ويشير مصطلح الكشف إلى قياس سريع وصادق للنشاطات التي تطبّق من أجل إحالتهم لعملية الفحص والتقييم. (Paul &Epanchin, 1992).

هذا وتهدف إجراءات الفحص والتشخيص والتقييم إلى اكتشاف حالات اضطرابات السلوك والوصول إلى وصف دقيق لهذه الحالات وتقييمها في الجوانب النفسية والتربوية

بغية التعرف على جوانب القوة والضعف تمهيداً للقيام بالتدخل العلاجي والتربوي بناء على التشخيص والتقييم.

وحتى تكون عملية الفحص والتشخيص والتقييم ناجحة، يجب أن يشارك فيها، بالإضافة إلى الاختصاصيين في المجالات النفسية والاجتماعية، الوالدين والمعلمين وجميع من لهم علاقة بالطفل. **وفيما يلي عرض للإجراءات التي تستخدم في عملية الفحص والتشخيص لاضطرابات السلوك:**

1- تقديرات المعلمين (Teacher Ratings):

وفيها يُطلب من المعلم الذي يكون على علاقة بالطالب ويعرفه لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر أن يقدر الطالب على قائمة تقدير أو قائمة شطب من السلوكات المضطربة لبيان هل توجد اضطرابات سلوك عند الطفل، وإذا وجدت إلى أي درجة.

إن هناك ما يبرر استخدام مثل هذه التقديرات للكشف عن اضطرابات السلوك للأطفال في سن المدرسة لأن هناك افتراض من أن المعلمين أكثر صدقاً في تقديراتهم وأكثر موضوعية مقارنة بالآخرين. ومع ذلك، فإن هناك دراسات تشير إلى تحيز المعلمين في تقديراتهم، إذ أنهم يميلون إلى عدم تحويل الطلبة الذين يظهرون سلوكات موجهة نحو الداخل كحالات السلوك الموجة نحو الخارج كالعدوان والفوضى والتخريب لأن مثل هذه السلوكات تؤثر على الضبط الصفي وتسبب إزعاجاً للمعلم. من هنا، وحتى تكون تقديرات المعلمين فعالة، يجب أن تكون السلوكات التي تعبر عن الاضطراب محددة ومعرفة إجرائياً ومفهومة وواضحة بالنسبة للمعلم.

2- تقديرات الوالدين (Parents Ratings):

يعتبر الوالدين مصدر مهم للمعلومات عن اضطراب الطفل، حيث أن المعلومات من الوالدين يمكن أن تجمع إما من خلال المقابلات أو من خلال قوائم الشطب والاستبانات. ومع أن الوالدين مصدر هام للمعلومات، لكن دقة ملاحظة الوالدين للطفل عليها تساؤلات. وتشير الدراسات إلى أنه توجد فروق فيما يتعلق بقوائم الشطب للأطفال وملاحظات والديهم. (Paul &Epanchin, 1992).

إن إحدى المشكلات الواضحة في استخدام الملاحظات المباشرة كمحك لتصديق تقديرات الوالدين هي محدودية السلوك. إن الملاحظين يمكن أن ينسوا أو تكون لديهم متابعة للسلوك لفترة مستمرة، كما أن وجود الملاحِظ يمكن أن يؤثر على السلوك.

وبالرغم من التساؤل عن ثبات تقديرات الوالدين، فإن لهم دور مهم في عملية التحويل. (القريوتي وآخرون، 1995).

3- **تقديرات الأقران** (Peers Ratings):

إن الأقران والزملاء للطالب المضطرب سلوكياً يمكن أن يكونوا مصدراً هاماً للمعلومات عن الطالب شريطة أن يكونوا كباراً لأنهم يكونوا أقل تمركزاً حول ذواتهم مقارنة بالأطفال صغار السن.

حيث تشير الدراسات الحديثة في التربية وعلم النفس إلى أن وضع الأطفال الاجتماعي يرتبط إيجابياً مع التكيف في المدرسة وكذلك مع التحصيل الأكاديمي، ولهذا تعتبر تقديرات الأقران إحدى الطرائق الهامة للكشف عن المشكلات الاجتماعية والانفعالية. (يحيى، 2000، ص: 108-109).

4- **تقديرات الذات** (Self Ratings):

تعتبر تقديرات الذات مصدراً آخر للحكم على تكيف الطفل، فمن خلال تقدير الطفل لذاته يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي يعاني منها. وقد أشارت دراسات بأن تقديرات المعلمين للأطفال المضطربين أفضل عندما يكون السلوك المضطرب الموجه نحو الخارج كالعدوان والتخريب والحركة الزائدة، ولكن التقدير الذاتي يكون أفضل في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل الذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات والأمور الداخلية. وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين. (Paul &Epanchin, 1992).

مراحل تشخيص الاضطرابات السلوكية

تمر عملية تشخيص الاضطرابات السلوكية في مرحلتين رئيسيتين هما:

1- **مرحلة التعرف السريع على الأطفال المضطربين سلوكياً:**

وتهدف هذه المرحلة إلى التعرف على الأطفال الذين يشك بأنهم مضطربين سلوكياً، وفي هذه المرحلة يلاحظ الآباء والمعلمين او ذوي العلاقة بعض المظاهر السلوكية غير العادية لدى أطفالهم.

2- **مرحلة التعرف الدقيق على الأطفال المضطربين سلوكياً:**

وتهدف هذه المرحلة إلى التأكد من وجود مظاهر الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال

المشكوك بهم، وذلك من خـلال تطبـيق المقـاييس التي تكشف عن تلك الاضطرابات السلوكية. (الروسان، 2001، ص: 235).

أبرز المقاييس المستخدمة لقياس الاضطرابات السلوكية:

* مقياس بيركس لتقدير السلوك (Burk's Behavior Rating scale)

ويهدف هذا الاختبار إلى التعرّف على مظاهر الاضطرابات السلوكية للأفراد من عمر (6) سنوات فأكثر، ويتألف من (110) فقرات موزعة على (19) مقياساً فرعياً وهذه المقاييس الفرعية تتضمن:

1- الإفراط في لوم الذات.

2- الإفراط في القلق.

3- الانسحابية الزائدة.

4- الاعتمادية الزائدة.

5- ضعف قوة الأنا.

6- ضعف القوة الجسدية.

7- ضعف التآزر الحركي.

8- انخفاض القدرة العقلية.

9- الضعف الأكاديمي.

10- ضعف الإنتباه.

11- ضعف القدرة على ضبط النشاط.

12- ضعف الاتصال بالواقع.

13- ضعف الشعور بالهويّة.

14- الإفراط في المعاناة.

15- الضعف في ضبط مشاعر الغضب.

16- المبالغة في الشعور بالظلم.

17- العدوانية الزائدة.

18- العناد والمقاومة.

19- ضعف الإنطباع الاجتماعي.

* مقياس الشخصية لأيزنك (Eysenk Personality Inventory)

وهو من المقاييس المعروفة لقياس الشخصية ويقيس سمات معينة في الشخصية مثل: الانطوائية والانبساطية والعصبية.

* مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (Adaptive Behavior Scale)

وهو مقياس فردي للتقييم يستخدم مع التخلف العقلي وعدم الإتزان الانفعالي. (القمش، 2000، ص: 163-166).

* المقاييس الاسقاطية. مثل مقياس بقع الحبر لرورشاخ (Rorschach Spot of Ink Scale).

* مقياس رسم الرجُل لجود إنف.(Good enough, Draw aman Test)

* مقياس تفهم الموضوع للكبار .(TAT)

* مقياس تفهم الموضوع للصغار .(CAT)

(الروسان، 2001، ص: 253).

وتجدر الإشارة أنه بالإضافة إلى استخدام الإختبارات النفسية والتربوية لقياس الاضطرابات السلوكية فإنه لا بد من استخدام أساليب تقييم أخرى معروفة أهمها:-

-الملاحظة.

- المقابلة.

- دراسة الحالة.

الاتجاهات النظرية في تفسير الاضطرابات السلوكية (أسباب الاضطرابات السلوكية)

على الرغم من وجود العديد من وجهات النظر في تحديد أسباب الاضطرابات السلوكية. إلا أن جميع الاتجاهات التي فسرت حدوثها اتفقت على وجود قوى داخلية وخارجية تشترك معاً في إحداث السلوك. وفيما يلي عرض لهذه الاتجاهات ووجهات النظر:

أولاً:- الإتجاه الجسمي والبيولوجي (Biophysical Approach)

يرى هذا الاتجاه أن هناك علاقة وثيقة بين جسم الإنسان وسلوكه حيث يعتبر أصحاب هذا الاتجاه بأن العوامل الوراثية وسوء الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي من أهم العوامل الحاسمة التي تؤدي إلى اضطرابات السلوك، وكذلك فإن الإصابة الفسيولوجية واضطراب إفرازات الغدد الصماء يمكن أيضاً أن تكون مسؤولة عن اضطراب السلوك.

إن السلوك الطبيعي من وجهة نظر هذا الاتجاه هو نتاج النواحي البيوفيزيائية الطبيعية. وبالتالي فإن الاضطراب في السلوك يمكن أن يكون مسبباً بعوامل فسيولوجية كما يحدث في الأمراض النفس جسمية والأمراض التحولية. إن العلاقة التبادلية بين النفس والجسم علاقة تقرها وتوافق عليها جميع الاتجاهات النظرية تقريباً لكن ما يميز الاتجاه البيوفيزيائي هو التركيز على النواحي البيوفيزيائية على أنها السبب الأول، وأنها هي الجوانب التي يجب التدخل العلاجي فيها. واعتماداً على وجهة النظر البيوفيزيائية، فإن السلوك المضطرب يمكن أن يكون مسبباً بعوامل يمكن ارجاعها إلى الوراثة. أو النواحي البيئية التي تؤثر على النمو، أو الحوادث والأمراض خلال الولادة، أو في مراحل لاحقة بعدها.

إن الافتراض بأن الأسباب البيولوجية هي الأساس في اضطرابات السلوك يجعل من الكشف الطبي، والفحوصات الطبية، والشعاعية، والمخبرية، هي وسيلة التعرف على اضطرابات السلوك. (القريوتي وآخرون،1995).

وهناك كثير من الدلائل والبراهين ما يثبت وجود علاقة للعوامل البيولوجية بالاضطرابات السلوكية والانفعالية الشديدة والشديد جداً لدى الأطفال، ويؤكد الباحثون على وجود منحنى بيولوجي لبعض الاضطرابات مثل فقدان الشهية والشره المرضي، كذلك وجود أساس وراثي لحالة الشخصية الفصامية. (يحيى، 2000، ص: 32-33).

ومما يجدر ذكره أن معظم التشخيص البيوفيزيائي يتم من قبل الأشخاص الذين لهم علاقة بالطب مثل أطباء الأطفال، أطباء أطفال الأعصاب، أخصائيو التغذية، أخصائيو الحساسية أخصائيو العيون، مخططو السمع وآخرون، دور المعلّم هنا محدود ولكن يمكن أن يقوم بما يلي:

1- التحويل والمساعدة في الكشف عن الطلبة في الصف. لذلك يجب أن يكون المعلم ملماً ببعض المعلومات الطبية الأساسية حيث أنه يجب أن يلاحظ ويتعرف إلى الأعراض.

2- المعلم المسؤول عن مراقبة الأعراض والسلوكات التي تتبع التدخل الطبي إذ يمكن أن يلاحظ التدهور أو التحسن الذي يمكن أن يكون مهماً للطبيب من أجل المعالجة.

إن الهدف من التدخل البيوفيزيائي هو إدامة أو إصلاح صحو الفرد التي يعتقد أنها متطلب مسبق للسلوك المقبول أو المرغوب فيه والقدرة على التعلم. وعندما يصعب أو يستحيل تحقيق هذا الهدف، إما بسبب الإصابات العضوية التي لا تصلح أو بسبب أن الأدوية لا تستطيع الإصلاح، فإن المعالج يحاول أن يبذل أهدافه عن طريق إجراءات تعويضية للإصابات. (القريوتي وآخرون، 1995).

ثانياً:- الاتجاه الدينامي (Psychodynamic Approach)

يستند الاتجاه الدينامي في تفسيره للاضطرابات السلوكية على فهم سلوك الإنسان من خلال تحليل العمليات الداخلية المتواجدة فيه. وتعتبر النظرية التحليلية لفرويد من أهم نظريات الاتجاه الدينامي، وهي تنادي أن النشاطات العقلية والجسمية للإنسان ما هي إلا نتيجة للإندفاعات اللاشعورية، هذا وتركز نظرية فرويد على غريزتي الجنس والعدوان في الطبيعة الإنسانية وتعتبر أن سلوك الإنسان يتأثر في حياته السابقة.

إن أحدث إتجاه للنظريات الدينامية هو الاتجاه الإنساني الذي يقرر بأن سلوك الإنسان موجه بدوافع إيجابية. كارل روجرز وإبراهام ماسلو يمثلون وجهة النظر هذه. إن الاهتمام الرئيسي في هذا الاتجاه هو زيادة الدوافع الإيجابية كالحب والاهتمام والتعاطف والأمل .. إلخ ومساعدة الفرد في تنمية إمكاناته إلى أقصى ما يمكن.

لعل أهم مساهمة للنظريات الدينامية الحديثة هو التقليل من الاهتمام بالعوامل البيولوجية المحددة وزيادة الاعتقاد بقدرة الإنسان لتعلم السيطرة على دوافعه، والقيام بسلوك اجتماعي، وعن طريق تعديل الدوافع الداخلية يمكن تسهيل عملية البناء والتفاعل الاجتماعي الإيجابي والتكيف للبيئة.

تعتبر النظرية الدينامية أن القوى الداخلية هي التي تدفع الفرد للقيام بالسلوك. وبشكل عام، فإن دوافع أو غرائز الجنس والعدوان لاقت الاهتمام الأكثر بين الباحثين، ولكن حديثاً فإن الحب، وتحقيق الذات، والمشاركة، ودوافع أخرى اعتبرت قوى تحرك السلوك. إن معظم أصحاب هذا الاتجاه ينادون بأننا غير واعين على القوى والأمور الداخلية التي تؤثر على سلوكنا.

بالإضافة إلى ذلك، فإنه ينظر إلى الشخصية على أنها دينامية تتغير. وهكذا، فإن النمو الإنساني عادة يفهم من خلال مراحل. (Rhodes &Tracy, 1984).

وهذا وتتضمن عملية التشخيص اعتماداً على هذا الاتجاه، التعرف على تاريخ الفرد بالإضافة إلى تحليل للموقف الحاضر وجمع البيانات من مصادر مختلفة والاعتماد على الفريق متعدد الاختصاصات في عملية التشخيص كاختصاصي علم النفس والباحث الاجتماعي، والطبيب، والمعلم، وغيرهم. يهدف التشخيص الدينامي في النهاية إلى تحديد أهداف التدخل.

يهدف التدخل الدينامي إلى تغيير في مشاعر الطفل عن نفسه وعن الآخرين بالإضافة إلى تغيير في سلوك الطفل وتغيير في المواقف والأشخاص الذين يتفاعلون مع الطفل. ومن خلال هذه الأهداف يمكن تحسين فكرة الفرد عن ذاته وأن يفهم نفسه ويفهم الآخرين ويكون سلوكه مستقلاً وأن يضبط هذه الانفعالات، وأن يطور سلوكاً اجتماعياً مقبولاً.

ثالثاً:- الاتجاه السلوكي (Behavioral Approach):

إن أصحاب هذا الاتجاه يعتبرون أن معظم السلوك هو نتيجة لتعلم سابق. ولهذا فإنهم مهتمون بمعرفة كيف ولماذا يحدث التعلم؟ لذلك فأصحاب هذا الاتجاه أشاروا إلى أنواع مختلفة من التعلم هي: الإشراط الكلاسيكي والاجرائي والتعلم بالتقليد (Steven & Co-noley, 1984)

ينظر أصحاب هذا الاتجاه إلى السلوك المنحرف أو الشاذ بأنه سلوك متعلم مثله مثل السلوك السوي، وحيث أنه السلوك المنحرف سلوكاً متعلماً، لذلك يجب فحص بيئة الطفل عن كثب، حيث أن يقوم بالسلوك لأنه ببساطة تعلم أن يسلك بهذه الطريقة، لذلك فهو يمكن أنّه يتعلم بطريقة مختلفة وأن لا يوصف بأنه منحرف، بالإضافة إلى ذلك، يجب أن لا ننسى أن عملية أو إجراءات تعليمه سلوكات جديدة هي نفسها التي تستخدم لتعليم الطفل العادي السوي.

يتم التشخيص بناء على وجهة النظر السلوكية، عن طريق تعريف وتحديد جميع الأبعاد التي لها علاقة بالموقف الذي يحدث فيه الاضطراب، وتتضمن خطوات التشخيص تعريف السلوك المستهدف بشكل دقيق ووصف السلوك بمنظومة من الاستجابات الملاحظة، هل هو زيادة في السلوك أم هل هو نقصان في السلوك، وعدد مرات حدوث السلوك، كذلك يتضمن التشخيص تعريف وتحديد البيئة التي يحدث فيها السلوك، وماذا يحدث مباشرة قبل أن يحدث السلوك أو بعد حدوثه مباشرة، بالإضافة إلى معلومات محددة عن الفرد وخصائصه المختلفة.

أما عن أهداف التدخل حسب الاتجاه السلوكي فهي كما يلي:

- التقليل من حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو السلبي.
- زيادة حدوث السلوك المرغوب فيه أو الطبيعي.
- تشكيل سلوك جديد لا يوجد لدى الفرد.
- التأكد من حدوث السلوك المناسب في الزمان والمكان المناسبين.

أما الإجراءات التي يجب على المعلم القيام بها سواء في الصف العادي أو في الموقف التربوي فهي كالآتي:

1- ملاحظة السلوك المستهدف وتحديده (السلوك غير السوي المراد تعديله).

2- اختيار التعزيز المناسب وتقديمه في الوقت المناسب.

3- إعداد برامج تدخل ملائمة تعتمد على مبادئ تعديل السلوك.

4- مراقبة فعّالية البرنامج ومراجعته بإستمرار. (Shea, 1978).

رابعاً:- الاتجاه البيئي (Ecological Approach):

يركز أصحاب هذا الاتجاه إلى أن تفاعل القوى الداخلية والخارجية هو الأساس في حدوث السلوك، ويؤكد أصحاب هذا الاتجاه إلى أن القوى الداخلية لوحدها والقوى الخارجية لوحدها لا تكفي لتفسير السلوك الإنساني.

فالإضطراب في السلوك ينظر إليه علماء النفس البيئيون على أنه سلوك غير مناسب ولا يتوافق مع ظروف الموقف. أما علماء البيئة الأطباء فقد أشاروا إلى الاختلاف بين الأطفال إلى عوامل مزاجية ولادية فبعض الأطفال يتوافق سلوكهم مع البيئة في حين أن البعض الآخر لا يتوافق سلوكهم مع البيئة. علماء النفس التحليليون البيئيون أشاروا إلى أن الاضطرابات الانفعالية عند الأشخاص هي بعد أوسع في العلاقات الأسرية.

لذلك ينظر أصحاب الاتجاه البيئي إلى السلوك الإنساني على أنه نتاج للتفاعل بين القوى الداخلية التي تدفع الفرد وبين الظروف في الموقف. أن تفسير القوى الداخلية وتفاعلها مع القوى الخارجية يختلف بناء على اختلاف تخصصات أو ميادين علماء البيئة. فمثلاً يركز علماء الاجتماع على تأثير المجموعات الاجتماعية والمؤسسات على سلوك الفرد. بينما يركز علماء البيئة الأطباء إلى العوامل الجينية التي تقرر الخصائص والمزاج

لفرد معين ويحللون التفاعل بين هذا الفرد وبين بيئته. في حين يركز علماء البيئة التحليليون على التفاعل الأسري وتأثير ذلك على شخصية الفرد ويدرسون نمط التفاعل الذي يحدث بين أفراد الأسرة. إن التركيز في جميع وجهات النظر ضمن الاتجاه البيئي هو التفاعل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها بدون الاهتمام بتفسير لماذا يسلك الناس بالطريقة التي يسلكونها.

ويجب على من يقوم بعملية تشخيص السلوك المضطرب في الاتجاه البيئي أن يهتم بجمع معلومات كثيرة عن الطفل وعن البيئة التي يتفاعل فيها. معلومات تتعلق بنمط سلوك الطفل في مواقف مختلفة يتم جمعها وكذلك تلاحظ الاختلافات بين سلوك الفرد في البيت والجيرة والمدرسة. كذلك يحاول المهني في هذا الاتجاه أن يحدد المطالب السلوكية لكل موقف (Paul &Epanchin, 1992).

ومما يجدر الإشارة إليه إلى أن بعض المهتمين بالاضطرابات السلوكية قد أشاروا إلى أن هنالك علاقة ما بين سبب الاضطراب السلوكي وشدته. حيث صنفوا أسباب الاضطرابات السلوكية كما يلي:

أولاً:- الأسباب البيولوجية:

حيث تعتبر العوامل البيولوجية حسب هذا التصنيف هي المسؤولة عن الاضطرابات السلوكية الشديدة مثل حالة فصام الطفولة. وتبدو مثل تلك الأسباب في العوامل البيولوجية المرتبطة بالعوامل الجينية. والعوامل المرتبطة بمرحلة ما قبل الولادة. مثل عوامل سوء التغذية. وتناول العقاقير والأدوية والأمراض التي تصاب بها الأم الحامل. ثم العوامل المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة وخاصة إصابات الدماغ.

ثانياً:- الأسباب البيئية

وتعتبر العوامل البيئية من الأسباب الواضحة في الاضطرابات البسيطة والمتوسطة. ويقصد بالأسباب البيئية تلك الأسباب المرتبطة بالعوامل الأسرية أو المدرسية أو الاجتماعية.

وفيما يلي عرض لعدد من الأسباب الأسرية والتي قد تؤدي إلى واحدة أو أكثر من الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة:

- نمط العلاقة بين الطفل وأبويه.

- نمط التربية الأسرية وخاصة التربية الأسرية المتشددة أو الفوضوية.
- الإهمال الزائد، التدليل الزائد، الحماية الزائدة.

أما الأسباب المدرسية التي قد تؤدي إلى حدوث الاضطرابات السلوكية البسيطة أو المتوسطة لدى الطفل فهي:

- نمط التربية المدرسية المتشددة.
- أشكال العقاب التي تمارسها الإدارة المدرسية (العقاب غير المدروس وغير المبّرر).
- طرائق التدريس غير المناسبة.
- مقارنة الطفل بأقرانه بإستمرار. (Hallahan &Kauffman, 2003). (سالم، 1994، ص: 388-389).

التدخل التربوي والعلاجي للأشخاص المضطربين سلوكياً

للقيام بعملية التدخل التربوي والعلاجي، يجب على المعلم أن يكون ملماً بخصائص الأطفال المضطربين وحاجاتهم الفردية وأن يكون على دراية بطرق وأساليب التدخل العلاجي والتربوي المناسبة لهم. وحيث أن الأطفال المضطربين كمجموعة غير متجانسين، فلا توجد طريقة أو أسلوب واحد مناسب لهم جميعاً. كما أنه لا يوجد أسلوب واحد فقط مناسب لكل طفل. وإن الاختلاف في استخدام أساليب التدخل التربوي والعلاجي، يعتمد بالإضافة إلى إعداد وتأهيل المعلم وخبرته في التعامل مع هؤلاء الأطفال، على الاتجاه النظري الذي يتبناه المعلم.

وفيما يلي عرض للأسباب العامة المختلفة والمستندة علياالاتجاهات النظرية المختلفة:

إجراءات التدخل البيوفيزيائي:

يمكن تقسيم التدخل البيوفيزيائي إلى قسمين رئيسيين، الأول ويتضمن التعامل المباشر مع الطفل من الناحية الجسمية، والثاني ويتضمن التعامل مع البيئة التي يوجد فيها الطفل. في النوع الأول من التدخل يكون دور المعلم محدوداً يقتصر على الملاحظة والكشف المبدئي ومتابعة مراقبة العلاج. واعتماداً على تلك الملاحظات يمكن للمعلم إحالة الطفل إلى الأخصائي المناسب. ولا يمكن للمعلم من الناحية الأخلاقية أن يقوم بالتشخيص الطبي وإعطاء الدواء، أما في النوع الثاني من التدخل فيكون للمعلم دوراً أكبر. وفيما يلي عرض لنوعيّ التدخل البيوفيزيائي:

1- التدخل الفسيولوجي المباشر، ويتضمن:

أ- العلاج بالأدوية، كعلاج النشاط الزائد أو الصرع.

ب- العلاج بالفيتامينات وذلك من أجل تصحيح التوازن البيوكيميائي للجسم.

ج- العلاج بالتغذية، وذلك من خلال إتباع نظام غذائي محدد.

د- إعادة تنظيم البيئة، وذلك من خلال التحكم بالمثيرات.

هـ- استخدام أدوات خاصة للتعامل مع الخلل الجسمي تركز على مواطن القوة للتعويض عن جوانب الضعف لدى الطفل.

2- التدخل البيئي والتدريس، ويتضمن:

أ- تدريب الإدراك الحركي.

ب- إعادة تنظيم البيئة.

ج- استخدام أدوات وطرق خاصة للتعويض عن نقاط الضعف، فعلى سبيل المثال أن يستخدم الطفل الطباعة بدلاً من القلم للكتابة إذا لا يستطيع أن يكتب.

د- التغذية الراجعة البيولوجية، بمعنى أن ندرب الطفل على أن يضبط الحالات الجسمية المختلفة من خلال تعلم التعرف على التغيرات الجسمية المصاحبة للمشلكة. (القريوتي وآخرون، 1995).

- **إجراءات التدخل الدينامي:**

تعتمد إجراءات التدخل الدينامي على الافتراضات التي يقوم عليها الاتجاه الدينامي من أن علاج الطفل المضطرب في السلوك يتمثل في محاولة إيجاد المشكلة الأساسية، أي جذور المشكلة الانفعالية والسلوكية التي يعاني منها في الوقت الحالي وذلك باستخدام أساليب استخراج العمليات اللاشعورية. يقوم المعالج في هذا الاتجاه بمساعدة الطفل على العودة إلى خبراته الأولى لتحديد مصدر الصراع، والطريقة التي يؤثر فيها الصراع الداخلي اللاشعوري على السلوك والانفعالات الحالية. إن دور المعلم هو مساعدة الطفل على التخلص من آثار الصراعات الناشئة بين مكونات جهازه النفسي والتي تنعكس على سلوكه وتؤدي إلى الاضطراب. إن ذلك يتطلب الاهتمام بالأسباب الحقيقية للمشكلة وليس الاهتمام فقط بالسلوك الظاهر.

ومن إجراءات الاتجاه الدينامي ما يلي:

- تطوير علاقات إيجابية مع الطفل من قبل الكبار ومن قبل الأقران.

-التعبير عن الانفعالات من خلال الفن والموسيقى، والدراما، واللعب، والكتابة.

- التمثل بشخص مناسب في البيئة.

-تكييف وتعديل المناهج وأساليب التدريس بما يعرف بالتربية الوجدانية والتركيز على الجانب الانفعالي الوجداني وليس على الجانب المعرفي فقط. (القريوتي وآخرون، 1995) (Kirk, 1989).

- **إجراءات التدخل السلوكي:**

تركز هذه الإجراءات على التعامل مع السلوك المباشر والظاهر. تتضمن هذه الإجراءات زيادة السلوك أو التقليل منه، أو تشكيل سلوك جديد من خلال ما يعرف بتعديل السلوك في جوانب السلوك التي يتم تعلمها من خلال الإشراط الإجرائي، أو ما يعرف بالعلاج السلوكي في جوانب السلوك التي يتم تعلمها من خلال الإشراط الكلاسيكي.

يتم من خلال إجراءات التدخل السلوكي استخدام قوانين التعلم نفسها التي يتم من خلالها تعلم السلوك العادي.

ومن أهم إجراءات التدخل السلوكي ما يلي:

- تغيير الموقف وذلك من خلال إزالة المثيرات المشتتة أو تزويد مثيرات مناسبة للطفل.

- تزويد الطفل بنموذج لسلوك مناسب.

- تعزيز السلوك المرغوب فيه عن طريق التعزيز أو التغذية الراجعة.

- إطفاء السلوك غير المرغوب فيه عن طريق وقف التعزيز أو العقاب.

- تشكيل سلوك جديد.

- الضبط الذاتي.

- إجراءات التدخل البيئي:

تهدف إجراءات التدخل البيئي إلى تكييف السلوك ليناسب الموقف ولكن الإجراءات المستخدمة تختلف، وذلك اعتماداً على هدف التكنيك هل هو تغيير الطفل أم تغيير البيئة، أم تغيير إدراكات الطفل. كذلك يمكن أن تختلف إجراءات التدخل بسبب الخلفية

للأخصائي المهني. فيمكن مثلاً استخدام التكنيكات الدينامية للحصول على أهداف بيئية. وبالمثل أيضاً يمكن استخدام الاتجاهات الأخرى للحصول على نفس الهدف.

أ- إجراءات التدخل في المؤسسات الداخلية:

يقوم هذا النوع من التدخل لمعالجة اضطرابات السلوك باعتماد الأسلوب الدينامي النمائي ويتضمن ضبط بيئة الطفل كلياً وما تتضمنه من نشاطات وعلاقات. إذ يقضي الطفل فترة سنة ونصف في المؤسسة الداخلية تنظم من خلالها البيئة ويضبط سلوك الطفل خارجياً. وبعد أن يطور الطفل ضبطاً داخلياً. فإن البرنامج يصبح أكثر مرونة ويسمح بالتعبيرات الفردية. يختلف التربويون الديناميون عن المعلمين بأن اهتمامهم الأولي يكون منصباً على تطور الشخصية والوجدان أكثر منه على النمو المعرفي والتعلم.

من الأمثلة على هذا النوع من التدخل هو مشروع إعادة التربية (ED -RE)، وهذا المشروع صمم للأطفال الذين يعانون من اضطرابات شديدة في المدرسة العادية. ويودع الأطفال في مدرسة داخلية خلال الأسبوع ويزورون أهاليهم في نهاية الأسبوع وعادة ما تضم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6-12) سنة ومن مستوى ذكاء متوسط أو أعلى. أما من الناحية الأكاديمية فإنهم متأخرون صفين أو ثلاثة صفوف عن أقرانهم الطلبة الآخرين. يركز البرنامج على التعليم أكثر من تركيزه على تقويم خدمات نفسية ويهدف إلى التوفيق بين البيت والمدرسة وذلك لتلافي دخول الطفل إلى المستشفى.

أما المعلمون المرشدون الذين يعملون في هذا المشروع فهم من الأشخاص المتحمسين للعمل مع الأطفال ممن لديهم اضطرابات وممن يتلقون تدريبات تناسب عملهم. وفي المدرسة الداخلية يوجد باحث اجتماعي مسؤول عن عمل ترتيبات والتنسيق في المجتمع من أجل مساعدة أهالي الأطفال على تلبية حاجات أطفالهم. ويتضمن البرنامج معلم ارتباط يعمل مع المدرسة العادية التي جاء منها الطفل وذلك من أجل التهيئة لعودة هذا الطفل إلى مدرسته العادية.

2- التدخل في المواقف المجتمعية الطبيعية

يصمم وينفذ هذا النوع من التدخل من أجل إيجاد تفاعل بديل للأحداث المنحرفين الذين تتراوح أعمارهم بين (15-18) سنة. وفي هذه البرامج يلتحق الأطفال في مؤسسة لا تتضمن المبيت الليلي. فيها توضع معايير من خلال تفاعل الأشخاص الأقران وليس من خلال فريق المؤسسة. ويمر التفاعل في مرحلتين: المرحلة الأولى هي مرحلة العلاج المركز

أو الحثيث في المؤسسة. أما المرحلة الثانية فهي التكيف المجتمعي والتي تتطلب من الأشخاص المشاركين بهذا البرنامج العمل في النهاية في وظيفة داخل المجتمع.

كما يوجد شكل آخر من أشكال هذا التدخل وهو ما يسمى التفاعل العائلي والتدخل الاجتماعي حيث يستخدم هذا النوع من التدخل بالتركيز على العائلة كنقطة بداية للمعالجة. الاختصاصيون النفسيون. والأطباء النفسيون والباحثون الاجتماعيون يشتركون في البرامج العلاجية أو أن لهم أدوار في هذه المعالجة. يزور هؤلاء الاخصاصيون أفراد الأسرة وكذلك يقابلونهم في العيادة على حد سواء وذلك من أجل تحسين نمط التفاعل بين أعضاء الأسرة.

3- التدخل في المواقف المدرسية وتشمل

أ- الطلبة كأساس في تعديل السلوك

هذا النوع من البرامج يحصل داخل الصف ويطبق من قبل الأطفال ذوي الحاجات الخاصة. واعتماداً على مبادئ تعديل السلوك. فإن هؤلاء الأطفال يتصرفون كمهندسي سلوك يعدلون سلوك المعلمين وزملائهم من الأطفال الآخرين. وإن الهدف في النهاية هو تحسين العلاقة بينهم وبين الآخرين في المدرسة. ومن خلال تفاعلهم مع الآخرين. فإنهم يقومون بتعديل سلوكهم تبعاً لذلك.

ب- معالجة مجال الحياة

إن مفهوم العلاج الواقعي (Milieu Therapy) كان قد أوجد من قبل ردل. ومورس. وآخرون في المؤسسات الداخلية للأشخاص المضطربين.

ج- المعالجة البيئية الفيزيائية

(القريوتي وآخرون. 1995. ص: 362-364) (Shea,1978).

مـراجـع الفصل السابع

المراجع العربية:-

- الروسان، فاروق (2001). سيكولوجية الأطفال غير العاديين (مقدمة في التربية الخاصة). الطبعة الخامسة. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- سالم، ياسر (1994). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. ط1. منشورات جامعة القدس المفتوحة، عمان.
- السرطاوي، زيدان، سيسالم، كمال (1987). المعوقين أكاديمياً وسلوكياً: خصائصهم وأساليب تربيتهم. ط١. دار عالم الكتب، الرياض.
- القريوتي، يوسف، السرطاوي، عبد العزيز، الصمادي، جميل (1995). مدخل إلى التربية الخاصة. دار القلم للنشر والتوزيع، دبي.
- التمش، مصطفى (2000). القياس والتقييم في التربية الخاصة. ط1. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- يحيى، خولة (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ط1. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.

المراجع الأجنبية:

-Hallhan, D &Kauffman, J. (2003) **Exceptional Learners: Introduction to special Education**, (5th ,ed). Prentic-Hall. Inc, Englewood cliffs, New Jersey.

-Howard, W. &Orlansky, M. (1988),**Exceptional Children: An Introductory Survey of special Education**, (3rd ed). Charles E. Merril publishing Company.

-Kirk, Samuel, &Gallagher, James (1989),**Educating exceptional children** (6th .ed) Houghton Mifflin Company, Boston.

-Kauffman, J., (1989), **Characteristics of children's Behavior Disorders**, (4th .ed). Ohio charles. E merril, Columbus.

-Paul. J. and Epanchin, C. (1992),**Emotional Disturbance In children. Theories &Methods for teachers**. Merril publishing Company, Columbus.

-Rhodes, William &Tracy, Micheal, (1984),"**Astudy of child variance conceptual models**". The university of Michigan press, Michigan, U.S.A

-Shea, Thomas, M. (1978), **Teaching children and youth with Behaviors disorders**. The C.V mosby company, U.S.A.

-Smith, Deborah D &Luckasson, R., (1992), **Introduction to special Education, teaching in an age of challenges**, Allyn and Bacon, U.S.A.

-Steven. J, Apter &Conoly, J. (1984),**Children Behavior disorders and emotional disturbance: An Introduction to teach troubled Children**, Englewood cliffs: prentic hall.

الفصل الثامن

اضطرابات التواصل

(Communication Disorders)



اضطرابات التواصل
(Communication Disorders)

مقدمة

تعتبر اللغة المنطوقة من أكثر الوسائل شيوعاً في عملية التواصل. ولا تقتصر هذه العملية على البشر وحدهم، فهي عملية موجودة لدى جميع الكائنات الحية. إلا أن ما يميز تواصل الإنسان عن غيرهم من المخلوقات أنه أكثر أنواع التواصل تعقيداً وإبداعاً. وكما أن استخدام الإنسان للتواصل لا يكون بهدف تحقيق الحاجات الأساسية اللازمة لبقائه فقط. كما هو الحال عند جميع الحيوانات الأخرى وإنما يتعداه للتعبير عن أحاسيسه ومشاعره المختلفة من ناحية والتواصل الاجتماعي من ناحية أخرى. (الفارع وآخرون، 2000).

فالتواصل الإنساني لا يخضع للزمان، كما أنه ليس محدداً بهنا والآن. كذلك يتميز التواصل الإنساني بعدم محدوديته بقضايا مادية. إنه يشمل أيضاً مفاهيم مجردة. يستطيع الإنسان التواصل مع الآخرين بدون تغيير الأشياء الفيزيائية في كثير من الأحيان. إنه يستطيع تغيير الجوانب المعرفية للآخرين أيضاً. إن التواصل الإنساني في النهاية قدرة إنسانية هائلة قلما ثمّنها الإنسان، إلا إذا فقدها أو أصابها خلل أو تأخرت في النمو.

تعريف التواصل

يعني التواصل بمفهومه العام ذلك النشاط الذي يتضمن إرسال واستقبال ما تريده الكائنات الحية بعضها من بعض. إنه الوسيلة التي يتم بها التعبير عن الحاجات والرغبات وإبلاغ المعلومات لجلب المنافع واتقاء الأخطار. بهذا المعنى، فالتواصل فعل يقوم به كل كائن حي.

أما التواصل بالمعنى المحدد، فيقصد به استخدام الكلام كرموز لغوية للتعبير عن الحاجات والأفكار والمشاعر بين الناس. من هنا يعتبر التواصل سلوكاً إنسانياً من درجة راقية ذلك أنه يميز عن باقي المخلوقات باستخدام الكلام واللغة. إن التواصل مهم وضروري من أجل التفاعل الاجتماعي. (القريوتي وآخرون، 2001).

وعرفه آخرون بأنه "هو عملية تبادل الآراء أو المعلومات أو الأفكار أو العواطف بين شخصية أو أكثر (Owens, 2001).

مكوّنات التواصل

يتكون التواصل من العناصر الآتية:

1- الصوت .Voice

2- النطق Articulation.

3- اللغة Language.

4- الطلاقة الكلامية Fluency.

5- السمع Hearing. (الفارع وآخرون، 2000).

وفيما يلي توضيح لهذه العناصر الخمسة:

أولاً:- الصوت (Voice)

يظن الكثير من الناس أن الأصوات تنشأ في الفم أو الحلق أو اللسان ولكن إحداث الصوت يعتمد على عملية التنفس ويستخدم لإنتاجه جهازي التنفس والهضم.

فجهاز التنفس يؤمن وظيفته الرئيسية (وهي التنفس) ويسهل إحداث الصوت والكلام في الوقت نفسه. ويمكن تقسيمه إلى أقسام كبرى وهي:

1- الرئة.

2- القصبة الهوائية التي تعلوها الحنجرة.

3- المجرى الفموي والأنفي.

وتعتبر الحنجرة العضو الأساسي المسؤول عن أحداث الصوت حيث تحتوي على الوترين الصوتيين الذين يتذبذبا عند مرور تيار الهواء أثناء عملية الزفير لإحداث الصوت.

ويتحكم في هذا التذبذب عدة عوامل مثل:

- طول الأوتار الصوتية.
- غلظ الأوتار الصوتية.
- درجة ارتفاع ضغط الهواء في الرئتين.
- ويختلف حجم الحنجرة وحجم أجزائها بين الطفل والكهل وبين الرجل والمرأة فهي عند الرجل أكبر مما هي عليه عند المرآة، وعند المرأة أكبر مما هي عليه عند الطفل.

- إذا طالت الأوتار الصوتية وغلظت كانت الذبذبات أطول.

- إذا قصرت الأوتار ودقت ارتفع التردد وتضاعف معه الارتفاع أو الدرجة.

ولذلك كانت أصوات النساء والأطفال أكثر حدة من أصوات الرجال (Bloom, 1991).

وتقوم الأجهزة الأخرى كالبلعوم والفم والأنف بالإضافة للحنجرة بتعديل الصوت وإعطائه خصائصه المميزة كما تقوم أعضاء النطق الأخرى كاللسان والشفاه بالحركة لتشكيل الأصوات اللغوية. (الفارع وآخرون، 2000).

والعلم الذي يدرُس كيفية إنتاج الأصوات الكلامية وما هي الخواص السمعية لتلك الأصوات يسمى ((علم الأصوات)).

ثانياً: النطق (Articulation)

ويعتبر المكون الثاني لعلمية التواصل ويرتبط ارتباطاً وثيقاً بالصوت وعندما نخرج صوتاً لا يعني ذلك أننا ننطق. فالنطق مرحلة متطورة عن إخراج الصوت. فالحيوانات تطلق أصواتاً لكنها لا تنطق. إلا أن الإنسان زوّد بقدرة لتحويل الصوت إلى حروف ناطقة. حيث تشترك أجهزة النطق (الرئة، الحنجرة، المجرى الفمي والأنفي) في تكوين الصوت وتشكيله كما تشترك كذلك في تكوين حروف النطق. ويسمّى العلم الذي يدرُس الأنظمة للغة من حيث تركيب ووظيفة الأصوات في اللغة بعلم الأصوات الوظيفي (الفونولوجيا) (أبو العز، 1995).

ثالثاً: اللغة (Language)

وهي مجموعة من الرموز تمثّل المعاني المختلفة وهي مهارة اختص بها الإنسان. وتعتبر من وسائل الاتصال الاجتماعي والعقلي وهي نوعان (لفظية، غير لفظية). فنحن نسمعها منطوقة ونقرؤها مكتوبة ونفهم لغة الإشارات وتمثل اللغة قلب التفاعل الاجتماعي.

ويختلف الكلام عن اللغة بأن الكلام صورة اللغة يستعمل فيها الإنسان الكلمات للتعبير عن أفكاره. والاستعداد للكلام فطري أما اللغة التي يصب فيها الكلام فمكتسبة. (Bloom, 1991)

مكونات اللغة:

تتكون اللغة من العناصر التالية:

1- الأصوات (Phonology) ويقصد بها الأصوات الكلامية في اللغة، وأصغر وحدة تسمى

فونيما (Phoneme) وهي عبارة عن وحدات صغيرة تساعد على تمييز نطق لفظة ما عن لفظة أخرى في لغة ما أو لهجة ما، واللغات واللهجات تستخدم أصواتاً مختلفة.

2- التراكيب (Morphology) وهو نظام خاص ببناء شكل الكلمات في اللغة كصيغ الجمع والأفعال.

3- النحو (Syntax) وتمثل قواعد اللغة العربية وطريقة الجملة في الكلمات بناء على قواعد ثابتة وهو جزء من التراكيب.

4- المعاني (Semantics) وتشير إلى المعاني والمفردات والجمل التي تتكون منها اللغة.

5- الجوانب الاجتماعية (Pragmatic) وتشير إلى توظيف اللغة في المجالات الاجتماعية وفهم المعنى الاجتماعي للتواصل اللغوي وهو ما يعرف باللغويات الاجتماعية. (Hallahan &Kauffman, 2003).

ويشير أوينز (Owens) إلى أن تعلم اللغة بالشكل الطبيعي يحتاج إلى عدة متطلبات وهي:

1- القدرة على إدراك الأصوات المتتالية في فترة قصيرة.

2- القدرة على الانتباه وتوقع حدوث المثير.

3- القدرة على استخدام الرموز.

4- القدرة على تكوين الجمل.

5- قدرة عقلية كامنة.

6- قدرة على التفاعل والتواصل مع الآخرين. (Owens, 2001).

رابعاً: الطلاقة (Fluency)

وهي الأنسياب السهل والسلس للكلام بشكل متواصل وبمعدل طبيعي دون الحاجة إلى جهد يذكر. (الفارع وآخرون.2000).

خامساً: السمع (Hearing)

يعتبر النمو اللغوي من أكثر المجالات تأثراً بالإعاقة السمعية أو الفقدان السمعي ومن هنا يلعب السمع دوراً هاماً في إكتساب اللغة والكلام والنمو اللفظي برمته.(Bloom, 1999)

مراحل تطور الكلام واللغة عند الأطفال:

الأطفال يختلفون في العمر الذي يكتسبون فيه مهارات الكلام واللغة وهذا يرجع إلى الاختلاف في قدرات الأطفال والبيئة التي يعيشون فيها والتي تؤثر بشكل مباشر على مدى اكتسابهم لتلك المهارات.

مع ذلك فالأطفال بشكل عام يتبّعون تسلسلاً في هذا الجانب يمكن التنبؤ به.

وهذه المراحل هي:

1- مرحلة الصراخ:

وهي أصوات يصدرها الطفل منذ ولادته ويتم فيها نفخ الهواء في طريقة انعكاسية من الرئتين حيث تصدر الأصوات عند عبور الهواء فوق الأوتار الصوتية وفيما بعد تصدر بسبب الجوع والعطش والألم والحرارة.

2- مرحلة المناغاة:

وتظهر في الأسبوع السادس أو السابع من عمر الرضيع هنا يصدر الطفل أصواتاً عشوائية متنوعة وتعتبر المناغاة نشاطاً انعكاسياً، يحدث نتيجة إستثارة الطفل داخلياً عن طريق الإحساس الاستكشافي للشفتين واللسان والحلق، ولا يعتبر السمع ضرورياً لظهور المناغاة، فالمناغاة يقوم بها جميع الأطفال بمن فيهم الأطفال الصم الذين يمرون بمرحلة المناغاة ولكن في المراحل اللاحقة يفقدون القدرة على الكلام بسبب عدم تلقيهم لتغذية راجعة لمناغاتهم.

3- مرحلة إصدار الأصوات اللغوية:

يتم إصدار أصوات مثل با- با- با، دا- دا- دا، ويعزز استمرار هذه الأصوات من خلال التغذية الراجعة التي يتم فيها سماع الطفل لصوته وشعوره بالإحساس الجسمي للنشاط الشفوي. (السرطاوي وأبو جودة، 2000).

4- مرحلة تقليد الأصوات (المصاداة):

في هذه المرحلة يقلّد الطفل الأصوات أو الكلمات التي يسمعها وتتضمن هذه المرحلة بعض الفهم القليل لما يسمعه الطفل أو قد لا يفهم ما يسمع من أصوات. وقد يقلّد تقليداً خاطئاً فقد يغيّر أو يبدّل أو يحذف أو يحرف مواقع الحروف في الكلمات التي ينطقها.

5- مرحلة النطق:

يبدأ الطفل في هذه المرحلة باستخدام أنماط الأصوات والكلمات عن قصد ويتوقع

استجابة من الآخرين بما أصدره من أصوات، وتعتبر بداية النطق الحقيقي حيث يطور الرموز اللغوية الممثلة للأشياء والأفعال والأحداث والعلاقات والأفكار، ويكون عمر الطفل من سنة إلى سنة ونصف. (القريوتي وآخرون، 2001).

وحين يصل الطفل إلى عمر السنتين يكون قد طوّر مفردات أساسية مهمة ويستطيع التعبير عن نفسه باستخدام جمل قصيرة تتألف من كلمتين أو ثلاث كلمات، ثم تتطور اللغة لدى الطفل بشكل سريع. فإذا ما وصل إلى عمر خمس سنوات فإنه يكون قد طوّر لغة تامة بشكل أساسي من حيث الشكل والبناء. (Learner, 1990).

وفيما يلي جدول يوضح الخصائص النموذجية لتعلم اللغة عند الطفل في سن ما قبل المدرسة.

الخصائص النموذجية لتعلم اللغة عند الطفل في سن ما قبل المدرسة

	3 سنوات	4 سنوات	5 سنوات
■ معدل المفردات	900 كلمة	1500 كلمة	2200 كلمة
■ متوسط طول الجمل	3-4 كلمات	5-6 كلمات	6 كلمات فأكثر
■ أسماء الجمع المنتظم	بإتقان	بإتقان	بإتقان
■ أسماء الجمع غير المنتظم	أخطاء شائعة	أخطاء شائعة	أخطاء شائعة
■ أزمان الأفعال	بإتقان	بإتقان	بإتقان
■ أدوات الربط	استخدام (و)	استخدام (لكن، لأن)	إضافة أدوات ربط أكثر
■ الأسئلة	استخدام (من، ماذا)	استخدام (متى، لماذا)	
■ اللفظ	يخطئ بـ 10%من الأصوات	يخطئ بـ 20%من الأصوات	يخطئ بـ 40% من الأصوات
■ نقص الطلاقة	شائع	شائع	شائع

تعريف اضطرابات التواصل

لا يوجد تعريف شامل ومحدد لاضطرابات التواصل فقد ركّزت التعريفات على تأثير هذه الاضطرابات على الجوانب المختلفة لعملية التواصل كالنطق واللغة والسمع كما ركّز بعضها على التأثيرات الاجتماعية لهذه الاضطرابات فقد عُرّفت اضطرابات التواصل:

- (أنها أية إعاقة أو خلل ممكن أن يؤثر سلباً على عملية الكلام الطبيعية أو اللغة أو السمع) (الفارع وآخرون، 2000، ص: 246).

- (هي عبارة عن اضطراب في الاستخدام الطبيعي للنطق واللغة).

وتعد اضطرابات التواصل لدى الطفل التوحدي من الاضطرابات المركزية الأساسية التي تؤثر بدورها في ظهور اضطرابات أخرى مثل التفاعل الاجتماعي الذي يتأثر مباشرة باكتساب اللغة، لذا فإن التدخل العلاجي من خلال وضع أسلوب تدريب أو تعليم مهارات لهؤلاء الأطفال من أجل إمدادهم بحصيلة لغوية جديدة تساعدهم على تعلم بعض السلوكيات والمهارات الاجتماعية الجديدة التي تعمل على خفض الاضطرابات السلوكية اللغوية الموجودة عندهم. (Fey, et. al, 1995).

وعلى كل حال تعّرف الرابطة الأمريكية للكلام واللغة والسمع اضطرابات التواصل كما يلي:

أ) **اضطرابات الكلام**: هي خلل في الصوت، أو لفظ الأصوات الكلامية، أو في الطلاقة النطقية، ويلاحظ هذا الخلل في إرسال واستخدام الرموز اللفظية وتشمل:

1- اضطرابات الصوت: وهو غياب أو خلل في إنتاج الصوت بنوعية معينة أو شدة معينة أو علو معين.

2- اضطرابات اللفظ: وهو الخلل في إنتاج أصوات الكلام.

3- اضطراب الطلاقة: ويعرف بأنه خلل في التعبير اللفظي يظهر على شكل تغير في معدل حدوث الكلام، وتناغم كلامي غير عادي، ويمكن أن يكون مصاحباً بحركات جسمية.

ب) **اضطرابات اللغة**: هو خلل أو شذوذ في تطور أو نمو فهم واستخدام الرموز المحكية والمكتوبة للغة. والاضطراب يمكن أن يشمل أحد جوانب اللغة التالية أو جميعها:

1- شكل اللغة (الأصوات، التراكيب، والقواعد).

2- محتوى اللغة (المعنى).

3- وظيفة اللغة (الاستخدام الاجتماعي للغة). (القريوتي وآخرون، 2001).

شيوع اضطرابات التواصل

تتباين اضطرابات التواصل من حيث الشدة ومن حيث النوع، ويظهر الكثير من الأطفال أشكالاً متنوعة من هذه الاضطرابات. كما أن هذه الاضطرابات يمكن أن تكون مصاحبة لكثير من حالات الإعاقة، كالإعاقة الجسمية والصحية، والإعاقة العقلية، وصعوبات التعلم، والاضطرابات الانفعالية. وفي كثير من الحالات، التي يكون فيها الإضطراب بسيطاً يمكن التغلب عليه والتعامل معه بسهولة. ولكن تبقى هناك مستويات شديدة من اضطرابات التواصل تحتاج إلى تدخل علاجي وتربوي (Hallahan &Kauffman, 2003).

إن تقدير نسبة شيوع اضطرابات التواصل ليس بالسهل، وذلك بسبب اختلاف الباحثين في تعريف تلك الاضطرابات، ووجودها لدى الإعاقات الأخرى كمشكلات مصاحبة، وكذلك اختلاف في المجتمعات التي أجريت عليها دراسات نسبة الشيوع. تشير بعض التقديرات في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن حوالي 3-5% من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات التواصل بدرجة شديدة. وإن نسبة اضطرابات اللفظ تفوق كثيراً أنواع اضطرابات التواصل الأخرى.(Heward &Orlansky, 1988).

أشارت الدراسات أيضاً أن عدد الأطفال المضطربين من الذكور يفوق عدد الإناث. بالإضافة إلى أن اضطرابات التواصل تزداد في الأعمار والصفوف الابتدائية الأولى، بينما تقل مع تقدم العمر وفي الصفوف العليا.

نسبة اضطرابات الكلام:

تشير أفضل التقديرات إلى أن 10% من الناس يعانون من نمط ما في صعوبات التواصل وأن حوالي 75%-80% من هذه الصعوبات تقع في النطق.

نسبة اضطرابات اللغة:

تقدّر الدراسات نسبة الذين يصابون باضطرابات اللغة تقديراً متفاوتاً يتراوح بين 3-12% من الأفراد في المجتمع. وهناك أطفالاً يعانون اضطرابات أخرى ويعانون في الوقت نفسه اضطرابات لغوية. فذو صعوبات التعلم أكثر ما تظهر صعوباتهم في نطاق اللغة. والمعاقين عقلياً لا تتطور لديهم اللغة إلا بمقدار قدراتهم العقلية. (الوقفي، 2001).

أنواع اضطرابات التواصل

تصنّف اضطرابات التواصل بعدة طرق ومن ذلك تصنيفها تبعاً لمكونات عملية التواصل نفسها وعلى هذا الأساس يمكن أن تصنّف هذه الاضطرابات إلى ثلاثة أنواع رئيسة هي:

النوع الأول: اضطرابات الكلام وتشتمل على اضطرابات الصوت واضطرابات النطق واضطرابات الطلاقة.

النوع الثاني: هو اضطرابات اللغة والتي تشمل جانباً أو أكثر من الجوانب اللغوية كالصرف والنحو والدلالة والاستخدام.

النوع الثالث: والأخيرة اضطرابات السمع التي ترجع إلى وجود مشكلة في الجهاز السمعي.

وممكن أن تصنف اضطرابات التواصل تبعاً للأسباب التي أدت إليها حيث تصنف إلى مجموعتين:-

1- إضطرابات التواصل العضوية التي ترجع إلى وجود خلل عصبي أو تشريحي.

2- الإضطرابات التواصلية الوظيفية التي لم تنتج عن أسباب عضوية معروفة.

وتصنّف تبعاً للعمر الذي ظهرت فيه قبل الولادة أو بعدها بقليل أو بعد فترة من التواصل الطبيعي كالطفل الذي يصاب بالصمم بعد دخوله المدرسة. (فارع ورفاقه، 2000، ص: 247-249).

وسنتحدّث هنا عن التصنيف تبعاً لمكونات عملية التواصل.

أولاً:- اضطرابات اللغة (Language Disorders)

وتعني وجود ضعف في استيعاب واستخدام اللغة المحكية والمكتوبة والأنظمة الرمزية الأخرى. ويكون هذا الاضطراب في شكل اللغة، محتواها، ووظيفتها في عملية التواصل.

مظاهر اضطرابات اللغة:

1- تأخر ظهور اللغة (Langauge Delay)

في هذه الحالة لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها وهو السنة الأولى من عمر الطفل. ويترتب عن ذلك مشكلات في الاتصال الاجتماعي مع الآخرين وفي المحصول اللغوي للطفل وفي القراءة والكتابة فيما بعد.

2- صعوبة الكتابة (Dysgraphia)

فلا يستطيع أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوب كتابتها حيث يكتب في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه بطريقة غير مقروءة.

3- صعوبة التذكر والتعبير(Dysnomia &Apraxia)

حيث يجد صعوبة في تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب، ومن ثم التعبير عنها.

4- صعوبة فهم الكلمة أو الجملة (Agnosia)

في هذه الحالة يكرّر استعمال الكلمة أو الجملة دون فهمها.

5- صعوبة القراءة (Dyslexia)

هنا لا يستطيع الطفل أن يقرأ بشكل صحيح المادة المكتوبة والمتوقع قراءتها ممن هم في عمره الزمني، فهو يقرأ في مستوى يقل كثيراً عما يتوقع منه.

6- صعوبة تركيب الجملة (Langauge Deficit)

ويقصد بذلك صعوبة تركيب كلمات الجملة من حيث قواعد اللغة ومعناها لتعطي المعنى الصحيح. (نصر الله، 2000).

7- فقدان القدرة على فهم اللغة واصدارها (Aphasia)

وهي اضطراب في التواصل يؤثر على قدرة الشخص على استخدام وفهم الكلمات المكتوبة والمحكية، والناتجة عن تحطم في الجزء المسيطر على اللغة في الدماغ وعند معظم الناس يكون الجانب الأيسر من الدماغ.

أنواع الأفيزيا (الحبسة الكلامية):

هناك العديد من التصنيفات لها وسنتناول هنا التصنيفات التي تبنتها جمعية الحبسة الكلامية الدولية (National Aphasia Association)حيث قسمت الحبسة الكلامية إلى نوعين:

النوع الأول: الحبسة المتعلقة بالطلاقة الكلامية وتسمى حبسة فيرنكا-(Wernickes Aphasia) والأشخاص الذين يعانون من هذا النوع لديهم مشاكل في فهم اللغة المكتوبة والمحكية.

النوع الثاني: الحبسة المتعلقة بعدم الطلاقة الكلامية (Non -Fluent Aphasia) أو ما

يسمى بحبسة بروكا (Brocas Aphasia) ويعاني الأفراد المصابون بهذا النوع من صعوبات في التواصل الشفوي وصعوبات في الكتابة ويندرج تحت هذا التصنيف نوع آخر وهو أشد حالات الحبسة الكلامية ويسمى بالحبسة الشاملة(Global Aphasia) ويشمل هذا النوع النوعين السابقين، حيث يجد الفرد صعوبة في التعبير وصعوبة في التواصل الشفوي والكتابي.

ويوجد نوع آخر من أنواع الحبسة الكلامية ويسمى بحبسة التوصيل (Conduction Aphasia) ومن أبرز مظاهرها عدم قدرة الشخص على إعادة الكلام بينما تكون الطلاقة الكلامية والقدرة على الاستيعاب طبيعيتين إلى حد كبير. (فارع ورفاقه، 2000، ص: 259).

ثانياً:- اضطرابات الصوت (Voice Disorders)

وهي تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بدرجات الصوت من حيث شدته أو ارتفاعه أو انخفاضه أو نوعيته وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات عند الاتصال مع الآخرين.

أنواع اضطرابات الصوت:

- الارتفاع غير الكافي: حيث يكون الصوت غير مرتفع بالدرجة الكافية.
- انعدام التناسق: فالأصوات المرتفعة جداً أو المنخفضة جداً تعتبر غير متناسقة.
- عدم وضوح اللحن: ويعبر عنه بالصوت المبحوح.
- انعدام التباين والاختلاف: حيث يوجد اختلاف بين عمق الصوت وارتفاعه.
- التلحين غير المتناسق: وذلك باستخدام الأنف أكثر مما ينبغي أو بعدم استخدامه بالدرجة الكافية.

ثالثاً:- اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

تشير الدراسات الميدانية إلى أن اضطرابات النطق تشكل غالبية أمراض الكلام، ومن السهل التعرف عليها ومعالجتها في غرفة الصف وفي البيت وتتمثل في عدم وضوح الكلام وغموضه بسبب إخفاق الشخص في إخراج الأصوات الكلامية المعروفة. (المشاقبة، 1987، ص: 59).

أنواع اضطرابات النطق:

أ) الحذف (Omission): أن يحذف الفرد حرفاً أو أكثر من الكلمة. مثال: يقول خوف بدلاً من خروف.

ب) الإبدال (Substitution): كأن يبدل الفرد حرفاً بآخر من حروف الكلمة كإبدال حرف الراء لاما والكاف تاءً. مثال: (كتب ينطقها تتب)، (راح يلفظها لاح).

ج) الإضافة (Additions): ويقصد بذلك أن يضيف الفرد حرفاً جديداً إلى الكلمة المنطوقة. مثال: (لعبات بدلاً من كلمة لعبة).

د) التشويه (Distortions): ويقصد بذلك ألا ينطق الفرد الكلمات بالطريقة المألوفة في مجتمع ما. ويحدث التشويه نتيجة تعلّم خاطئ في سن مبكرة أو نتيجة تعلم طغيان لهجة من اللهجات على الأخرى. وقد يكون التشويه بأن يصفر في السين أي يبدو صوت السين وكأنه صوت صاد. (الوقفي، 2001، ص: 224).

هـ) اضطرابات تتصل بالضغط (Pressure): فهناك بعض الحروف الهجائية كالام والراء مثلاً تحتاج إلى درجة معينة من الضغط يقوم بها اللسان على أعلى سقف الحلق. فإذا لم تتوفر كان نطق الحرف غريباً وغير مألوف. (فارع ورفاقه، 2000).

رابعاً:- اضطرابات الطلاقة (Stuttering Fluence Disorders)

الطلاقة هي السلاسة في جريان الكلام وتقدمه أو إيقاعه وتحدث اضطرابات الطلاقة عند معاناة الطفل لمجرى هواء غير سوي عند التعبير اللفظي، بحيث يعتري الكلام خلل في السرعة والإيقاع مصحوباً بالإجهاد. (الوقفي، 2001، ص: 224).

مظاهر اضطرابات الطلاقة:

1- اللجلجة أو التهتهة:

وهي أكثر مظاهر اضطرابات الطلاقة، وتحدث بين الأولاد بنسبة 2-10 بالمئة. واللجلجة هي انحباس أو تكرار أو إطالة للأصوات أو أشباه الجمل أو الجمل بحيث يضطر المتكلم إلى التنفس ثانية أو التوقف بضعة قبل أن يخرج الكلمة ويرافقها أعراض مثل: إغماض العينين وفتحها بشكل لا إرادي وهز الرأس وتكشير الوجه. وأبكر الأعمار التي يظهر فيها اللجلجة حوالي الشهر الثامن عشر. مثال: أنا أنا أنا بدي أنا بدي. (الوقفي، 2001، ص: 224).

2- ظاهرة السرعة الزائدة في الكلام (Cluttering)

هنا يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات ويصاحب ذلك نوع من المظاهر الجسدية الانفعالية غير العادية.

3- ظاهرة التأتأة في الكلام (Stuttering):

هنا يكرر المتحدث الحرف الأول من الكلمة عدداً من المرات أو يتردد في نطقه عدداً من المرات ويصاحب ذلك مظاهر جسمية انفعالية غير عادية. مثل تعبيرات الوجه، أو حركة اليدين.

4- ظاهرة الوقوف أثناء الكلام (Blocking):

في هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة أو جملة ما لفترة غير عادية. وتؤدي اضطرابات الكلام إلى صعوبات في التعبير عن الذات تجاه الآخرين.

أسباب اضطرابات التواصل

تلعب العديد من العوامل دوراً أساسياً في حدوث اضطرابات التواصل لدى الأطفال. ولكل حالة سبب يختلف عن الحالة الأخرى، إلا أنه يمكن حصر هذه الأسباب في خمسة بنود أساسية هي:

1- عوامل جسمية: مثل الضعف الجسمي العام، ضعف التحكم بالأعصاب ذات العلاقة في أجهزة النطق. تشوه الأسنان، تضخم اللوزتين أو الزوائد الأنفية، انشقاق الشفة العليا.

2- عوامل نفسية: وتعتبر هذه العوامل من أهم عوامل أمراض الكلام أو صعوبات النطق. ومن أبرزها:

أ- شعور الطفل بالقلق أو الخوف أو المعاناة من صراع لا شعوري ناتج عن التربية البيئية الخاطئة أو سوء البيئة المحيطة به.

ب- فقدان الطفل للثقة أو الشعور بالأمن بسبب صراع الوالدين المستمر، مما قد يجعله يتوقع فقد الحماية العاطفية والمادية المتمثلة في والديه.

ج- استخدام الطفل عيوب النطق كحيلة نفسيه لا شعورية لجذب انتباه والديه اللذين أهملاه أو لطلب مساعدتهما أو استدرار عطفهما وحبهما له.

د- الصدمات الانفعالية الشديدة: مثل موت شخص عزيز على الطفل يتعلق به تعلقاً شديداً أو بسبب تورط والده في فضيحة أو جريمة كالسرقة أو الرشوة مما يسبب له السخرية من زملائه. أو بسبب خوفه من التهديد المستمر له بالعقاب الشديد.

3- عوامل وراثية: ذكرت بعض الأبحاث أن الوراثة ذات أثر في صعوبة النطق، فقد تبين أن

65% من أفراد عينة كبيرة من المصابين بعيوب النطق والكلام كان أحد والديهم أو أقاربهم مصاباً بهذه العيوب.. غير أن من المرجح أن الوراثة تمثل عاملاً مسبباً لهذه العيوب. (Ratner &Harris, 1994).

4- عوامل عصبية: مثل تلف أجزاء المخ خاصة مركز الكلام بسبب الولادة العسرة أو الإصابة بمرض يؤدي إلى اضطراب النطق والكلام. ويرى كثير من العلماء أن الإصابة البدنية عصبية كانت أم غير عصبية هي من العوامل المهددة أو المساعدة في إضعاف قدرة الفرد إلى تحمل الأزمات النفسية التي تؤدي إلى الإصابة باضطراب النطق والكلام.

5- عوامل أخرى مثل:

- إصرار الأباء على تعليم أطفالهم الكلام قبل السن المناسب، مما يجعل الأطفال ينطلقون خطأ ويتعودون على ذلك.
- تقليد الطفل لشخص كبير أو طفل آخر بعيب النطق والكلام فتثبت عنده هذه العلة.
- قلة ذكاء الطفل وعدم قدرته على تعلم النطق الصحيح والتدريب غير المناسب على النطق السليم. (Lahey, 1988).

فحص وتشخيص اضطرابات التواصل

حيث أن اضطرابات التواصل متعددة ومتداخلة، وأسبابها كثيرة ومتنوعة، فإن اعتماد طريقة دراسة الحالة هي الأسلوب الذي يبدأ به ويحبذه كثير من الباحثين، وفيما يلي عرض لخطوات فحص وتشخيص ذوي اضطرابات التواصل:

المرحلة الأولى:- مرحلة جمع المعلومات عن الحالة:

عند تحويل الطفل لإجراء فحص وتقييم له، يقوم أخصائيو النطق واللغة بجمع معلومات تاريخية عن الطفل من الطفل نفسه ومن الوالدين. وهذه المعلومات تشمل التاريخ النمائي للطفل منذ الولادة وحتى الحاضر، بالإضافة إلى الأمراض التي تعرّض لها الطفل والأدوية التي تناولها، وكذلك المعلومات المتوافرة في المدرسة عن التحصيل الدراسي والمهارات الاجتماعية والذكاء. ويمكن الاستعانة بالوثائق والسجلات المجمعة والتقارير الطبية المتوافرة وذلك لتكوين فكرة عامة عن مشكلة الطفل وخاصة بداية حدوث المشكلة.

المرحلة الثانية:- مرحلة الفحص الطبي للجهاز النطقي:

يخضع الطفل بعد مرحلة جمع المعلومات الدقيقة عنه إلى فحص طبي بالتركيز على سلامة الأجهزة المسؤولة عن النطق وملاحظة أي عيوب في الفم أو اللسان أو الحلق أو الأسنان أو الفكين التي قد تكون السبب في المشكلة. ويمكن أن يحوّل الطفل إلى طبيب مختص إذا كان الإحتمال بأن المشكلة عضوية وتحتاج إلى قرار طبي بشأنها.

المرحلة الثالثة:- مرحلة تطبيق الإختبارات النفسية واللغوية والتربوية:

في هذه المرحلة يتم الاستعانة بعدد من الإختبارات لتحديد المشكلة وتقويم الحالة.

أما أهم الإختبارات النفسية اللغوية والتربوية التي يمكن الاستعانة بها لتحديد المشكلة وتقويم الحالة ومن ثم وضع الخطة العلاجية والتربوية المناسبة فهي:

1- إختبارات اللفظ: في هذه الإختبارات يسجل لفظ الطفل لأصوات الحروف أو الكلمات لتحديد عدد الأصوات التي لا يلفظها بشكل صحيح وكيف يتم لفظها.

2- إختبارات السمع: وفيها يخضع الطفل إلى فحص في السمع لتحديد ما إذا كانت المشكلة ناتجة عن ضعف في السمع، واستبعاد إصابته بمشكلات سمعية.

3- إختبارات التمييز السمعي: وهي إختبارات تتعلق بالإدراك السمعي، يتم فيها التأكد من أن الطفل يميّز بين أصوات الحروف أو الكلمات. وإذا ما أظهر صعوبة في التمييز السمعي، فإنه يحتاج إلى تدريب في هذا المجال لتحسين قدرته على التمييز السمعي.

4- إختبارات المفردات اللغوية: وتستخدم للتعرف على عدد المفردات التي اكتسبها الطفل. لأنها تشكل دلالة على النمو اللغوي أو القصور فيه.

5- إختبارات لغوية: وتهدف إلى تقييم مدى فهم وإنتاج مكونات اللغة الأساسية. ويمكن الاعتماد على عينات لغوية تصدر عن الطفل.

6- الملاحظات السلوكية: وهي إما أن تكون ملاحظات مباشرة يقوم بها الأخصائي أو تسجيل السلوك اللفظي الذي يقوم به الطفل في المواقف الاجتماعية المختلفة. .(Orlansky, 1988 Heward &)

وبناءً على الإجراءات السابقة، فإنه يمكن التوصل إلى قرارات بشأن تحديد مشكلة الطفل. ويمكن الوصول إلى وصف للمجالات التي يعاني منها الطفل فهل يعاني الطفل من مشكلة نطقية أم مشكلة لغوية. وإذا كانت نطقية فهل تتعلق باللفظ أم بالصوت أم

بالطلاقة. وإذا كانت المشكلة تتعلق بالجانب اللغوي فهل الصعوبة هي في الجانب الإستقبالي أم في الجانب التعبيري.

التدخل العلاجي والتربوي لاضطرابات التواصل

يُفترض أن يكون علاج هذه المشكلة علاجاً نفسياً وتقويمياً وجسمياً واجتماعياً في آن واحد مع التركيز على العلاج النفسي، لأن العوامل النفسية تأتي في طليعة العوامل المؤدية إلى ظهور هذه المشكلة.

أولاً:- العلاج النفسي: تهدف وسائل العلاج النفسي أساساً إلى إزالة التردد والخوف وإحلال الثقة والجرأة والأمن والشعور بالإستقرار مكانهما في نفس الطفل ومن وسائل العلاج النفسي:

أ) طريقة اللعب: وتهدف إلى كشف أسباب الاضطراب عند الأطفال وتفهم دوافعه، كما تهدف إلى وضع الأطفال في جو حر يشجعهم على الإنطلاق والكشف عن رغباتهم دون خوف أو تصنع. كما أنها تتيح للأطفال فرص التعويض والتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة من مخاوف أو تصنع، كما أنها تتيح للأطفال فرص التعويض والتنفيس عن مشاعرهم المكبوتة من مخاوف أو غضب أو شعور بالنقص في جو من العطف والفهم من قبل المعالج.

ب) طريقة الإيحاء والإقناع: وتعتبر من أهم وسائل معالجة اللجلجة، وتهدف إلى استئصال إحساس المصاب بالقصور والشعور بالنقص، ومن خلال هذه الطريقة يستطيع المعالج النفسي بناء الثقة في نفس مريضه.

ج) طريقة تعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه: ويقصد بذلك وضع خطط تعليمية تقوم أساساً على أساليب تعديل السلوك، والممثلة في أساليب التعزيز الإيجابي أو السلبي أو العقاب أو تشكيل السلوك أو التقليد. (Heward &Orlansky, 1988)

ثانياً:- العلاج التقويمي أو العلاج الكلامي: ويهدف إلى تدريب الطفل ومساعدته على النطق السليم للحروف أو الكلمات بواسطة تمرينات خاصة تستخدم تمرينات خاصة فيها آلات توضع تحت اللسان أو في الفم أثناء الكلام. وذلك من قبل أخصائيين في تعليم اللغة واضطراباتها ويُطلق على هذا المتخصص مصطلح .(Speech Therapist)

وفي هذا النوع من العلاج يجب مراعاة ما يلي:

آ- إختبار الموضوعات المحببة للطفل للحديث عنها.

ب- تشجيع الأطفال على الحديث أمام الآخرين.

ج- تشجيع الأطفال ذوي المشكلات اللغوية على تقليد الآخرين ذوي النطق الصحيح.

ثالثاً:- العلاج الجسمي والعصبي: ويهدف إلى علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيباً في النطق كالشفاه المشقوقة أو تشوّه الأسنان، أو خلل الأحبال الصوتية، أو علاج أعصاب النطق المرتبطة بمركز الكلام في المخ أو ترقيع وسد فجوة الحلق.

رابعاً:- العلاج الاجتماعي: ويهدف إلى معالجة المصاب من ناحيتين:

أ- علاج شخص مريض ويسمى بالعلاج الشخصي ويهدف إلى تغيير اتجاهات المصاب الخاطئة التي لها علاقة بالمشكلة كاتجاهه نحو والديه أو أصدقائه أو مدرّسيه.

ب- علاج البيئة المحيطة بالطفل ويسمى بالعلاج البيئي، ويهدف إلى تغيير البيئة الفاسدة التي تؤثر على مشكلة المصاب ويتم ذلك من خلال معاملته معاملة أفضل من ذي قبل. إذا كان يعاني من سوء المعاملة سواء من جانب الوالدين أو المدرسين أو الزملاء. أو بتلبية مطالبه المادية لتخليصه من الشعور بالحرمان المادي أو بمطالبة الوالدين بتجنب الشجار أمامه، حتى لا يتهدد شعوره بالأمن. (Wiig &Semel, 1984) Mogford & Sadler, 1989)

إرشادات ونصائح للمعلمين للتعامل مع حالات اللعثمة والتأتأة عند طلبة المدارس:

على المعلم أن يعرف أن المدرسة تُحدث أكبر قدر من الضغوطات للطالب لذلك يقع على كاهل المعلم تهيئة الظروف المناسبة للطالب كي يتعلم بعيداً عن الإحساس بالضغوطات التي ترفع درجة القلق والتوتر عنده. وتعتبر الأمثلة التالية من الممارسات التي ترفع درجة القلق عند الطالب وتزيد الضغوط النفسية لديه:

1- أسلوب التدريس الصارم والمناداة على الطلاب للإجابة على الأسئلة أو التسميع حسب الدور أو حسب الحروف الهجائية.

2- الإصرار على إجابة قصيرة، محدودة وسريعة.

3- الحفظ والتسميع أمام الطلاب.

4- يجب على المعلم أن لا يتناسى هذا الطالب ويعفيه من القراءة أو الإجابة لأن هذا يؤدي إلى إحساس الطالب بالعزلة.

وهناك بعض السلوكات التي يجب على المعلمين مراعاتها وخاصة أمام الطلاب الآخرين:-

1- عدم النظر بعيداً عن الطالب عندما يتلعثم.

2- عندما ينادي على الطلاب حسب الحروف الهجائية ويقترب دور المتلعثم فإن إنفعالاته وإضطراباته تزداد إضطراباً.

3- عدم محاولة المعلم قول الكلمة التي يعجز الطالب عن النطق بها أو تكميلها ظناً منه أن ذلك يخفف عن الطالب.

4- أن لا يقول له تكلم ببطء أو أعد الكلمة أمام الطلبة.

كذلك على المعلم أن يتذكر ما يلي:-

1- أن الشرح المطول أو القراءة لمدة طويلة أو الإجابة بالتفصيل تعتبر جرماً بحق الطالب المتلعثم (الشديد التلعثم). أن الإجابة القصيرة جداً أو الإجابة بنعم أو لا هي أفضل من الشعور بالتجاهل.

2- من المستحسن أن يستشير المعلم الطالب المتلعثم، هل يفضل السؤال القصير أم الطويل داخل الصف، وأن يعطى الخيار للإجابة على عدة إجابات يختار منها ما يريد ويفضل أن يسأل في بداية الحصة أو نهايتها أو عندما يرفع إصبعه فقط.

3- على المعلم أن يخبر الطالب على إنفراد أنه يعاني من صعوبة في الكلام، وأن يفهمه أن كل طالب يواجه صعوبة في النطق في وقت من الأوقات، مثلما أن الطلبة قد يواجهون صعوبة في المشي أو الركض وبعض المهارات الأخرى في بعض الأحيان.

4- من واجب المعلم أن يمنع أي سخرية أو ألقاب يطلقها الطلاب على الطالب المتلعثم سواء داخل الصف أو خارجه، وأن يتعامل معهم على انفراد وبسرية تامة.

5- عندما يستمع المعلم للمتلعثم داخل الصف بكل صبر وبدون استعجال فإنه سيكون قدوة لبقية الطلاب.

6- على المعلم أن لا يطلب من الطالب أن يكرر الكلمة التي تلعثم بها أملاً منه أن ينطقها

بطلاقة، لأن التكرار يؤدي إلى تكيف مؤقت فقط. بالإضافة إلى أنه إذا لم يحدث التكيف بسرعة فإن هذا يسيء للطالب كثيراً.

7-على المعلم أن لا يُظهر الشفقة أو الحب الزائد أو يتكلم مع الطالب عن مشكلته أمام الآخرين.

8- هناك نوع من المعلمين الذين لا يبذلون جهداً للتكلم مع الطالب عن مشكلته النطقية كأنه ليس هناك مشكلة مهما كانت الصعوبة في الكلام ظاهرة، وهذا يؤدي إلى شعور المتلعثمين أن مشكلتهم أحرج من التكلم عنها.

9- على المعلم أن يخلق جواً محبباً لدى الطلاب للمناقشة والتعلم بكل ثقة وارتياح وبعيداً عن آي توتر أو ضغط.

10-القراءة الجماعية أو القراءة معاً كلما أُستعملت أكثر تكون مريحة وتزيل ضغوط الكلام.

مـراجــع الفصل الثامن

المراجع العربية

-أبو العز. صبحي (1995) **نحو نطق سليم**. دار الفكر. عمان.

- السرطاوي. عبد العزيز. أبو جودة. وائل (2000) **اضطرابات اللغة والكلام**. منشورات أكاديمية التربية الخاصة. الرياض.

- الفارخ. شحدة. عمايرة. موسى. حمدان. جهاد. العناني. محمد (2000). **مقدمة في اللغويات المعاصرة**. الطبعة الأولى. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان.

- القريوتي. يوسف. الصمادي. جميل. السرطاوي. عبد العزيز (2001) **المدخل إلى التربية الخاصة**. الطبعة الثانية. دار القلم للنشر والتوزيع. دبي.

- المشاقبة. فارس (1987) **اضطرابات النطق عند الأطفال العاديين**. منشورات الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية. الكويت.

- نصر الله. عبيد (2000) **الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**. الطبعة الأولى. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان.

- الوقفي. راضي (2001) **أساسيات التربية الخاصة**. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان.

المراجع الأجنبية:

-Bloom, L. (1991), **Language Development From Two to Three.** NY: Cambridge University Press.

-Fey, M., Windsor, J., &Warren, S. (Eds.). (1995). **Language intervenrtion: Pre-school thruogh the elementary years.** Baltimore: Paul H. Brookes.

-Hallahan, D., Kauffman, J., (2002), **Exceptional Learners, Introduction to special education.** Englwood cliffs: New Jersey: Prentice -hall.

-Heward, W. &Orlansky, M, (1988),**Exceptional children,** Columbus, Ohio: children E. Merrill.

-Lahey, M. (1988),**Language disorders and langauge development.** Co- lumbus, OH: Macmillan.

-Mogford, K., &Sadler, J. (1989), **Child language disability: Implica- tions in an educations setting.** Philadelphia: Multilingual Matters.

-Owens, R.E, (2001),**Language development: An introduction.** Boston: Allyn and Bacon.

-Ratner, V. and Harris, L. (1994),**Understanding language disorders: the impact on learning.** Eau Claire, Wisconsin: Thinking Publication.

-Wiig, E., &Semel, E.M. (1984), **Langauge assessment and intervention for the learning disabled.** Columbus, OH: Charles E. Merrill.

الفصل التاسع

الموهبة والتفوّق

(Giftedness And Talents)



الموهبة والتفوّق

(Giftedness And Talents)

مقدمة

لقد تطوّر مفهوم الموهبة أو التفوّق عبر العقود الماضية. إذ كان الاعتماد الأساسي في تحديد الموهبة أو التفوّق على إختبارات الذكاء التقليدية المقنّنة. وعلى إختبارات التحصيل المدرسي، فكان الفرد يعتبر موهوباً إذا كان أداؤه أعلى من 1% من المجتمع المدرسي مقاساً بإختبارات الذكاء أو التحصيل. وقد كان هذا الفهم للموهبة أو التفوّق ينسجم مع مفهوم العامل العام الذي اقترحه العالم سبيرمان سنة 1932م والذي يعبّر عن القدرة العقلية العامة للدلالة على الإرتباط العالي بين الإختبارات الفرعية للذكاء. ومع أن سبيرمان أضاف إلى ما سماه بالعوامل الخاصة، إلا أنه يرى أنها أقل أهمية.

ونتيجة لأبحاث علماء آخرين أمثال ثورندايك وثيرستون. فقد تم التأكيد على وجود عدد من القدرات على شكل عوامل طائفية هي المسؤولة عن الذكاء. فقد اقترح ثورندايك ما يسمى بالذكاء الاجتماعي، والذكاء المادي، والذكاء المجرّد. كما اقترح ثيرستون المعاني اللفظية، والقدرة العددية، الإستدلال، سرعة الإدراك، العلاقات المكانية، الذاكرة، والطلاقة اللغوية. وبذلك فقد تم إستبعاد مفهوم العامل العام الذي اقترحه سبيرمان.

ومع تقدّم الأبحاث في مجال الذكاء والتي ابتدأت في الخمسينات من القرن الماضي. لم يُعد مفهوم الذكاء كقدرة عقلية عامة مقبولاً لدى الكثير من الباحثين، بعد التوصل إلى ما يسمى بالتفكير التباعدي (Divergent Thinking) الذي يشير إلى قدرة الفرد إلى إنتاج إستجابات متنوعة ومرنة وفيها إبداع، مقابل ما يسمى بالتفكير التقاربي (Convergent Thinking) والذي تقيسه إختبارات الذكاء التقليدية التي تتطلب من الفرد إستجابة واحدة محددة تعكس حقائق معينة وتكون هي الصحيحة(Gardner, 1993:Gallagher, 1985)

من هنا، فإن الاعتماد على قياس الذكاء، في تحديد الموهبة أو التفوّق يبقى قاصراً إذا لم تتضمن إختبارات الذكاء قياس الأصالة أو الإبداع أو التفكير المنتج. ذلك أن بعض الباحثين أشاروا إلى أن معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية على مقاييس الذكاء أو التفكير المنتج ليست عالية، وتقرب أحياناً من الصفر، مما دعاهم إلى المناداة بضرورة أن يتضمن الكشف والتعرف على الموهبة أو التفوّق إختبارات تقيس تلك القدرات التي اعتبرها ذات أهمية بالغة كخصائص تميز الأفراد الموهوبين أو المتفوقين. (Reise, 1989).

إن التأكيد على القدرات المختلفة والتميز في مجالات متنوعة، جعل من غير الممكن الاعتماد على إختبارات الذكاء التي تقيس العامل العام وإختبارات التحصيل المدرسي في الكشف والتعرف عن الموهبة أو التفوّق والمناداة بضرورة اعتماد المنحى الشمولي وطريقة دراسة الحالة لتحديد الموهبة أو التفوّق. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 406).

تعريف الموهبة والتفوق

لقد إختلف الباحثون في تعريفهم للموهبة والتفوّق واستخدموا مصطلحات متباينة على الموهبة. ومع أن الموهبة هي أكثر المصطلحات استخداماً بين الباحثين، إلا أن هناك مصطلحات أخرى تستخدم للدلالة على نفس الفئة كمصطلح التفوق، والإبداع، والعبقرية، والتميّز.

إن مشكلة تعريف الموهبة والتفوق يأتي من اختلاف الباحثين حول مجالات التفوّق التي يعتبرونها هامة في تحديد الموهبة. فبينما يركّز بعضهم على التفوق في القدرة العقلية العامة، يركّز آخرون على القدرات الخاصة، أو التحصيل الأكاديمي أو الإبداع، أو بعض الخصائص وسمات الشخصية. (Hallahan &Kauffman, 2003).

إن التعريف الذي يلاقي قبولاً عاماً في أوساط الباحثين هو التعريف الذي تبناه مكتب التربية الأمريكي إذ ينص التعريف على أن الأطفال الموهوبين والمتفوقين هم أولئك الأطفال الذين يتم تحديدهم والتعرف عليهم من قبل أشخاص مهنيون مؤهلون والذين لديهم قدرات عالية والقادرين على القيام بأداء عالٍ. إنهم الأطفال الذين يحتاجون إلى برامج تربوية مختلفة وخدمات إضافة إلى البرامج التربوية العادية التي تقدم لهم في المدرسة وذلك من أجل تحقيق مساهماتهم لأنفسهم وللمجتمع.

إن الأطفال القادرين على الأداء العالي يتضمن أولئك الذين يظهرون تحصيلاً مرتفعاً أو إمكانات وقدرات في المجالات التالية منفردة أو مجتمعة:

1- قدرة عقلية عامة.

2- قدرات تحصيل محددة.

3- إبداع أو تفكير منتج.

4- قدرة قيادية.

5- فنون بصرية وأدائية.

6- قدرة نفس حركية.

إلا أن مكتب التربية الأمريكي قد حذف القدرة النفس حركية وذلك في مراجعته للتعريف السابق مكتفياً بالقدرات الخمس الأولى. (السرور، 2003، ص: 32).

وفيما يلي توضيح لما يقصد في كل مجال من المجالات الستة المذكورة أعلاه:

- القدرة العقلية العامة:- ويقصد بها مجموعة القدرات التي ترتبط بالأداء المدرسي المرتفع والذي تقيسه إختبارات الذكاء التقليدية مثل الجوانب اللفظية والرقمية، والفراغية، والذاكرة، والاستدلال.
- قدرات التحصيل المحددة: وهي تتضمن الأداء المرتفع في واحد أو أكثر من الموضوعات المدرسية مثل: العلوم، الرياضيات، اللغة... إلخ.
- الإبداع أو التفكير المنتج: ويستدل على هذا المجال أو المفهوم من خلال الأصالة في حل المشكلات ومن خلال المرونة في التفكير وكذلك من خلال طلاقة الأفكار.
- القدرة القيادية: وهي تتضمن ما يلي:
  - ■ القدرة على تحسين العلاقات الإنسانية.
  - ■ القدرة على مساعدة الآخرين على تحقيق الأهداف.
- التفوق في مجال الفنون البصرية والأدائية: فيعبّر عن هذه القدرة من خلال عددٍ من الفنون مثل الكتابة أو الموسيقى أو أي مجال آخر.
- القدرة النفس - حركية: فيقصد بها تلك القدرات التي تتطلب مهارات في الجانب الميكانيكي والفنون الدقيقة والعلوم. (Hallahan &Kauffman, 2003).

هذا وعلى الرغم من اعتماد التعريف السابق كتعريف شامل للموهبة والتفوق، إلا أنه من الضروري إستعراض بعض التعريفات الأخرى التي اقترحها بعض الباحثين والمهتمين بتربية الموهوبين.

تعريف رنزولي (Rinzulli)سنة (1978):

لقد إقترح رنزولي (Rinzulli) سنة (1978) أن الموهبة والتفّوق هي حصيلة التفاعل بين ثلاث من الخصائص التالية: قدرة عقلية عامة فوق المتوسط، مستوى عالٍ من الإلتزام في المهمة، ومستوى عالٍ من الإبداع. فالطفل الموهوب أو المتفوق من وجهة نظر رنزولي هو الذي يتمتع بمستوى قدرة عقلية عامة تظهر على شكل أداء متفوق في المدرسة كما تقيسها

إختبارات التحصيل الدراسي، بالإضافة على أداء عالٍ على إختبارات الذكاء. كما أن الطفل الموهوب يتميز بخاصية الإلتزام في المهمة تظهر على شكل المثابرة والإصرار على تحقيق الأهداف والدوافع والتحصيل. وأخيراً، فالطفل الموهوب والمتفّوق يتصف بأن لديه إبداع يظهر على شكل أصالة في حل المشكلات وإنتاج ما هو جديد. هذا وتجدر الإشارة إلى أن تلك الخصائص الثلاث الرئيسية يجب أن تظهر كلها قبل (الحكم على الطفل) بأنه موهوب أو متفوق.

تعريف تاننبوم (Tannenbaum)

كذلك فقد اقترح تاننبوم (Tannenbaum) ضرورة توافر خمسة عوامل يمكن أن تساهم في تحديد الموهوبين ونجاحهم وهي: القدرة العقلية العامة والتي تعبّر عن العامل العام، والقدرة الخاصة. وتعرف بأنها التفوق الذي يؤدي إلى أداء الإرادة والرغبة للقيام بتضحيات من أجل الإنجاز. والعوامل البيئية مثل البيئة الأسرية والمدرسية والمجتمعية التي تشجّع وتحفّز الفرد على زيادة إمكاناته، وأخيراً عوامل الصدفة، وهي تلك الظروف الحياتية غير المتنبأ بها والتي تعبّر عن الفرص للأداء المتفوق.

تعريف آريتي(Arieti)

أما آريتي (Arieti) فيشير إلى وجوب توافر ثلاث خصائص للطفل حتى يمكن اعتباره موهوباً أو متفوقاً، وهي: التفّوق والذي يعبّر عنه بالإداء المتميز أو الإنتاج وخاصة في مجال الفنون. والإبداع كما يعبّر عنه التفكير التباعدي أو التركيب ووضع الأجزاء معاً لتكّون الكل متضمنة تفكيراً أصيلاً، والقابلية التي تتضمن إمكانية الإستفادة من التدريس والتي ترتبط بالسلوك الذكي.

مما سبق يمكننا الإستنتاج من خلال استعراضنا للتعريفات المختلفة للموهبة والتفّوق بأن الأطفال الموهوبين وإن تشابهوا فيما بينهم بعددٍ من الخصائص والسمات إلا أنهم مجموعة غير متجانسة.

شيوع الموهبة والتفوق

نتيجة للإختلافات بين الباحثين والمهتمين على تعريف الموهبة والتفّوق وبسبب التطورات الحديثة التي ظهرت حول مفهوم الموهبة والتفّوق، فإنه لا يوجد إتفاق بين الباحثين على نسبة شيوع الموهبة والتفّوق في المجتمع.

واعتماداً على المنحنى الإعتدالي وتوزيع الذكاء بين الناس، فإنه من المتوقع أن يحصل 15% إلى 16% من المجتمع على معامل ذكاء يصل إلى (115) أو أعلى، بينما يحصل 2% إلى 3% على معامل ذكاء (130) أو أعلى. وهذه النسب هي باعتماد معامل الذكاء مقاساً باختبارات الذكاء. وحيث أنه من الصعب التعّرف على الموهوبين المتفوقين من الفئات المحرومة من الناحية الاجتماعية الاقتصادية، فإن هناك ميلاً لدى الباحثين باعتماد الحد الأعلى لمعاملات الذكاء في المجتمع كاعتماد 3% إلى 5% من المجتمع المدرسي، علماً بأن استخدام إختبارات الذكاء وحدها سيكون متحيزاً لصالح الفئات الاقتصادية والاجتماعية العليا (Hallahan &Kauffman, 2003).

الكشف والتعّرف على الأشخاص الموهوبين والمتفوقين

يعتمد الكشف والتعّرف على الطلبة الموهوبين على التعريف المستخدم. وحيث أن الاعتماد بشكل تقليدي على إختبارات الذكاء والتحصيل في الكشف عن الطلبة الموهوبين والتعّرف عليهم قد لاقى إنتقادات من قبل الباحثين، فإن هذه الإختبارات لم تعد مقنعة ولا تستخدم لوحدها في عملية الكشف والتعرف على الطلبة الموهوبين والمتفوقين وإنما مع إجراءات ووسائل أخرى متعددة ومتنوعة.

أولاً:- إختبارات الذكاء

1- إختبارات الذكاء الفرديّة:

إن استخدام إختبارات الذكاء الفردية في التعرف على الطلبة الموهوبين له ما يبرره نظراً لمزايا هذه الإختبارات ، إذ أنها تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، وقدرة تنبؤية جيدة بالنجاح الأكاديمي، بالإضافة إلى أنها تزوّد الفاحص بمعلومات على درجة كبيرة من الأهمية يمكن أن يحصل عليها عن طريق الملاحظة أثناء تطبيق الإختبار. كما أن إختبارات الذكاء تقدّم مساعدة قيمة للمعلمين وأولياء الأمور والمرشدين في تشخيص الطلبة الذين لا تعكس علاماتهم المدرسية قدراتهم الحقيقية.

ومن أشهر إختبارات الذكاء الفردية وأكثرها استخداماً مع الطلبة الموهوبين والمتفوقين ما يلي:-

- مقياس ستانفورد - بينيه.
- مقياس وكسلر لذكاء الأطفال.

- بطارية تقييم كوفمان للأطفال.

- مقاييس مكارثي لتقييم قدرات الأطفال.

تتكون هذه الإختبارات من عدة إختبارات فرعية تشتمل على الجوانب اللفظية والعددية والمجرّدة وقوّة الذكاء. ويفترض أن هذه الإختبارات تقيس القدرة العقلية العامة التي يعبر عنها بالعامل العام وذلك بدلالة معامل الذكاء الكلي، بالإضافة إلى معاملات ذكاء لفظية وأدائية في بعض الإختبارات مثل إختبارات وكسلر وستانفورد - بينيه.

2- إختبارات الذكاء الجمعيّة

ومن أهم إختبارات الذكاء الجمعيّة التي تُستخدم في التعرّف على الطلبة الموهوبين والمتفوقين مصفوفات ريفن التتابعية المتقدمة والتي تتألف من تصاميم هندسية حذف جزء منها وعلى المفحوص أن يختار من بين البدائل البديل الذي يكمل التصميم. تتميز هذه المصفوفات بسهولة تطبيقها وتصحيحها وتحويل الدرجات الخام إلى نسب ذكاء إنحرافية.

ومع أهمية وسهولة استخدام إختبارات الذكاء الجمعّية، إلا أن هذه الإختبارات لا تقارن مع إختبارات الذكاء الفردية من حيث خصائصها السيكومترية والدلالات الإكلينيكية التي تميّز إختبارات الذكاء الفردية، بالإضافة إلى أن الدافعية لدى المفحوص وعامل السرعة في الإجابة قد يؤثران سلباً على الأداء بخلاف إختبارات الذكاء الفردية التي لا تلعب سرعة الإستجابة على أسئلتها دوراً في النتيجة، ومع ذلك فإن إختبارات الذكاء الجمعّية تشكل مصدراً آخر للبيانات الموضوعية مع المصادر الأخرى.

ومع أهمية إختبارات الذكاء في الكشف والتعرّف على الموهوبين والمتفوقين، إلا أن أهم الانتقادات التي وجّهت إليها هي قصورها عن قياس الإبداع والتفكير الناقد الذي يتميّز به الأشخاص الموهوبين والمتفوقين والمسؤول عنه الجانب الأيمن من الدماغ. (القريوتي، 1995) (Feldhusen, et. al, 1990).

ثانياً:- مقاييس التقدير السلوكية

تركّز هذه المقاييس على فحص الخصائص السلوكية التي أكّدت الدراسات على أنها تمثل الأشخاص الموهوبين والمتفوقين وذلك من خلال عبارات تصاغ بطريقة إجرائية تعكس هذه الخصائص.

وعادة ما يُطلب من المعلم أو الفاحص أن يقدّر المفحوص على قائمة من السلوكات على

شكل عبارات. وكل عبارة يمكن أن تصمم بحيث يقيّم الطالب على مقياس متدرج بحيث تعطي درجة عالية جداً أو عالية أو متوسطة أو قليلة لكل عبارة وذلك حسب التصميم المعتمد لمقياس التقدير. ثم بعد ذلك تجمع درجات المفحوص، والدرجة العالية عادة تمثّل تعبيراً عن سلوك موهوب أو متفوق.

ومن الأمثلة على تلك المقاييس مقياس رنزولي هارتمان وكلاهان (Renzuli -Hartman -Callahan Scale). ولا يُنظر عادة إلى مقاييس التقدير السلوكية على أنها أداة للكشف عن الموهوبين والمتفوقين كأداة أساسية، وإنما كأداة مساعدة تستخدم جنباً إلى جنب مع الأدوات والوسائل الأخرى الأكثر دقة وأهمية.

ثالثاً: ترشيح المعلمين

حيث يُطلب من المعلمين ترشيح عدد من الطلبة الذين يعتقدون أنهم يظهرون أو لديهم إمكانية أن يكونوا موهوبين أو متفوقين، ولكن هذه الطريقة قد لا تكون دقيقة وذلك بسبب تحيّزات المعلمين وعدم دقتهم وتركيز ترشيحاتهم على الطلبة المتفوقين تحصيلياً واستبعاد منخفضي التحصيل أو الطلبة المبدعين. ولكن يمكن أن تكون ترشيحات المعلمين أكثر دقة إذا ما تدرّبوا على ملاحظة السلوك الذي يُظهره الطالب الموهوب والذي يكون ممثل لخصائص الأفراد الموهوبين والمتفوقين.

رابعاً:- ترشيح الوالدين

يمكن أن تكون ترشيحات الوالدين أكثر دقة من ترشيحات المعلمين إذا ما طُلب منهم الإستجابة أو إبداء آرائهم وملاحظاتهم عن سلوك أبنائهم بطريقة دقيقة، كالطلب منهم ذكر هوايات واهتمامات الطفل الحالية، والكتب التي يستمتع بقراءتها والمشكلات والحاجات الخاصة للطفل والقدرات والإنجازات التي حققها، وكذلك الفرص الخاصة التي حصل عليها الطفل ونشاطات وقت الفراغ التي يقوم بها. وتزداد دقة ترشيحات الوالدين إذا كانوا متعلمين أو مثقفين وعلى وعي بمفهوم الموهبة والتفوّق، لذلك يجب عدم الاعتماد على هذا الترشيح لوحده، بل يجب اللجوء إلى وسائل وإجراءات أخرى.

خامساً:- ترشيح الزملاء (الأقران):

ويتضمن الطلب من الأقران أو الزملاء في الصف أن يذكروا زميلهم الذي يمكن أن يساعدهم في بعض المهمات والمشاريع أو من هو المتميز في موضوع أكاديمي محدد أو من الذي لديه أفكار أصيلة أو إلى أي زميل سيذهبون للمساعدة في موقف محدد.

إن أهمية ترشيح الزملاء لأقرانهم الموهوبين والمتفوقين تكمن في فاعلية هذا الترشيح في جانب القدرة التي تتعلق بالقيادية كصفة مميزة للموهوبين والمتفوقين. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 246).

سادساً:- الحوار مع الطفل الموهوب

فأنت قد تتوجه إلى الموهوب بأسئلة عن جوانب الإبداع والموهبة التي يعتقد أنه يمتلكها، كالسبب الذي دفعه لأن يعتقد بأنه موهوب. ولعل من المفيد هنا أن نشير إلى أن طريقة الحوار مع الموهوب قد أثبتت فاعلية كبيرة في عمليات تشخيص الموهوبين في مراحل عمرية متقدمة. (صبحي. 1994. ص: 67)

سابعاً:- التشخيص بواسطة إختبار تورانس للتفكير الإبداعي

ظهر إختبار تورانس للتفكير الإبداعي في الولايات المتحدة الأمريكية في أواخر الستينات من هذه القرن. وهو يستخدم في قياس القدرة على التفكير الإبداعي لدى الطلبة بأكثر من واسطة واحدة. فهناك (الصورة اللفظية) للإختبار، الأشكال (الصورة الشكلية). أما الصورة اللفظية فتتألف من سبعة إختبارات فرعية، كل واحد منها بمثابة نشاط فرعي. فهو يتطلب من المفحوص كتابة أسئلة، أو وضع تخمينات للأسباب أو النتائج، أو تحسين إنتاج، أو اقتراح استخدامات بديلة لأشياء معينة، أو وضع افتراضات لمواقف غير متوقعة، لكن هذه البدائل جميعها تنطوي على إبداع وتفكير أصيل. أما الصورة الشكلية للاختبار فهي تتألف من ثلاثة إختبارات، كل منها بمثابة نشاط يتطلب من المفحوص رسم موضوع أو موضوعات على خط مقفل أو مفتوح، أو خطوط ناقصة. لكن هذه الموضوعات المطلوبة كلها من النمط غير المألوف.

وهناك صورة معرّبة لإختبار تورانس هذا تتمتع بدرجة صدق وثبات مقبولة. ويمكن استخدامها في التعرّف على ذوي القدرة العالية على التفكير الإبداعي.

ويستطيع الباحث أن يطبّق إختبارات تورانس الفرعية بصورة فردية أو بصورةٍ جماعية، كما يشاء، وعلى جميع المستويات العمرية،مع إمكانية استخدام الصورة اللفظية من الاختبار مع الأشخاص الذين هم في مستوى تعليمي أقل من مستوى الصف الرابع الابتدائي. على أن يتم تطبيقه بصورة فردية في تلك الحالة.

ولهذا الاختبار كراسة خاصة تشرح تعليمات التطبيق والإختبارات الفرعية.

ثامناً:- مقاييس المهارات الأكاديمية (التحصيل الأكاديمي)

تعتبر إختبارات التحصيل من أكثر الإختبارات شيوعاً. وهي ثلاثة أنواع رئيسة: إختبارات التحصيل التشخيصية (Diagnostic Tests)، وإختبارات التحصيل المسحيّة (Sur-vey Tests)، وإختبارات قياس مستوى التهيئة (Readines Tests)في مجال ما أضف إلى ذلك بطاريات إختبارات التحصيل العامة وبطاريات إختبارات التحصيل الخاصة.

وهناك أمثلة كثيرة على إختبارات التحصيل العامة. من أبرزها بطارية التحصيل الخاصة بإختبارات متروبوليتان (Metropoliton Achievement Test) وهي من أكثر بطاريات الإختبارات استخداماً وشيوعاً، ويمكن استخدامها مع المفحوص من مستويات مختلفة تبدأ بمرحلة التعليم الابتدائية وحتى نهاية المرحلة الإعدادية.

ويعتبر اختبار ستانفورد بينية للتحصيل من أقدم إختبارات التحصيل المقننة. ويمكن استخدامه بدءاً من مستوى الصف الثاني الابتدائي وحتى نهاية المرحلة الإعدادية.

وتقيس إختبارات كاليفورنيا للتحصيل (California Achievement Tests) تحصيل الطلبة من مستوى الصف الأول الابتدائي وحتى الصف الثالث الثانوي. وهي موزّعة في أربع بطاريات تشترك في قياس خمسة مجالات هي : مفردات القراءة، وفهم المادة المقروءة. والاستدلال الحسابي، والأسس الحسابية، واللغة.

أما في ما يتعلّق بإختبارات التحصيل المقننة الخاصة، فهناك كثير من الإختبارات التي يمكن استخدامها كأدوات مسح أو تشخيص في مجالات القراءة والرياضيات والعلوم والجغرافيا ومجالات أخرى.

ومن اختبارت التحصيل المقننة الخاصة: إختبارات جيتس للتهيئة في القراءة (Gates Reading Readiness Tests)وإختبارات متروبوليتان لنفس الغرض، وإختبارات مونرو للإستعداد للقراءة واختبار أيوا للقراءة الصامتة .(The Iowa Silent Reading) (صبحي. 1994، ص: 77).

تاسعاً:- حكم الخبراء

إن حكم الخبراء كوسيلة للكشف والتعرّف على الأطفال الموهوبين والمتفوقين يعتبر أساسياً، حتى أن التعريف الرسمي للموهبة والتفوّق يشترط ذلك. إن الخبراء والمختصين في الميادين المتخصصة طريقة مناسبة للتعرف على الموهبة أو التفوّق في تلك الميادين.

بالإضافة إلى أفتراض الدقة في الكشف على الطلبة الموهوبين والمتفوقين من قبل الخبراء، فإن هذه الطريقة لها فوائدها في تشجيع الطلبة وحفزهم على بذل مزيد من النشاط والجهد في المجالات التي يتميزون فيها. خاصة بعد أن يتم ترشيحهم للالتحاق ببرامج تربوية تعني بالطلبة الموهوبين والمتفوقين. إذ أنهم يشعرون أنهم محط الآمال والتوقعات.

إن المطلوب من الخبراء والمختصين هو معرفة قدرات الطلبة الحقيقية والأصيلة وتمييزها عن الأداء المؤقت لبعض نماذج سلوكية متشابهة مع ما يقوم به الطلبة الموهوبين والمتفوقين. وكذلك على الخبراء فهم خصائص المرحلة النمائية التي يمر بها الطفل والتي تساعدهم في الموازنة والمواءمة بين السلوك الذي يعبّر عن قدرة متميزة تفوق ما هو متوقع من تلك المرحلة النمائية. (Mandell &Fiscus, 1981).

خصائص الأطفال الموهوبين والمتفوقين

هناك العديد من الباحثين الذين قاموا بدراسات هدفت إلى وصف خصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين، من مثل دراسات تيرمان. فقد لخّص كل من تيرمان وأودن (Terman & Oden,1951) خصائص الطلبة الموهوبين والمتفوقين الذين قاموا بدراستهم على النحو الآتي:-

أنهم يتمتعون بوضع جسمي ولياقة بدنية أفضل من أقرانهم، وكذلك يظهرون قدرات عالية في القراءة واستخدام اللغة والمهارات الحسابية والعلوم والأدب والفنون والتهجئة، ومعلومات واقعية في التاريخ والشعوب، ولهم اهتماماتهم الذاتية، فهم يتعلمون القراءة بسهولة ويقرءون أكثر ويكتسبون أفضل من أبناء جيلهم، ويمارسون هوايات عديدة، وهم واثقون من أنفسهم إذ يحصلون على درجات مرتفعة في إختبارات ثبات الشخصية. (السرور، 2003، ص: 52-53).

وفيما يلي توضيح مفصّل للخصائص المختلفة للطلبة الموهوبين والمتفوقين:

أولاً:- الخصائص الجسمية

لقد أشارت الدراسات المختلفة إلى أن الأطفال الموهوبين كمجموعة يتميزون عن أقرانهم من الأطفال متوسطي الذكاء بأنهم أطول، وأكثر وزناً وأكثر حيوية ويتمتعون بصحة جيدة وأنهم حافظوا على تفوقهم الجسمي والصحي مع مرور الزمن.

إلا أن هذا التفوّق في الخصائص الجسمية ليس بالضرورة أن ينطبق على كل طفل موهوب. إذ يمكن أن يكون بعض الأطفال الموهوبين والمتفوقين ذوو بنية جسمية ضعيفة أو حجم صغير أو مصابين بأمراض أو علل بدنية.

إن تفوق الأطفال الموهوبين والمتفوقين من الناحية الجسمية لا يظهر منذ الولادة ولا حتى في السنوات الأولى من عمر الطفل الموهوب في معظم الحالات. ومن هنا. فإن القوة والسلامة الجسمية ليسا دليلاً على الموهبة والتفوق وإنما مصاحبات له. (المعايطة والبواليز، 2004).

ثانياً:- الخصائص المعرفية

تشير غالبية الدراسات إلى تفوق الموهوبين على أقرانهم العاديين في كثير من الخصائص العقلية، حيث أن لديهم درجة عالية من الذكاء كما تقيسها إختبارات الذكاء الفردية أو الجماعية. ويتميّزون بأنهم أكثر انتباهاً وحباً للإطلاع، ويميلون إلى طرح أسئلة كثيرة. ولديهم قدرة عالية على القراءة والكتابة، والاهتمام بالموضوعات التي يهتم بها من هم أكبر سناً. وسرعتهم كبيرة في حل المشكلات التعليمية التي تعترضهم، وتتسم إجاباتهم عن الأسئلة المطروحة عليهم بالدقة، ومستوى تحصيلهم رفيع، وقدرتهم في التعبير عن أنفسهم كبيرة، ويميلون إلى النقد البناء، وغير ذلك من صفات. ونشير في هذا الصدد إلى أنه ليس بالضرورة أن تنطبق هذه الصفات جميعها على جميع الموهوبين، فالفروق الفردية قائمة بين الموهوبين كما هي بين الأفراد العاديين. (صبحي، 1994، ص: 88).

ثالثاً- الخصائص الإنفعالية والاجتماعية

لقد كانت هناك اعتقادات خاطئة حول الخصائص الانفعالية والاجتماعية للموهوبين. حيث كان الاعتقاد أن الموهوبين يميلون إلى العزلة وليست لديهم أنشطة اجتماعية، ولكن الدراسات العلميّة الحديثة أشارت إلى عكس ذلك، حيث أن الأفراد الموهوبين يمتازون بالخصائص الانفعالية والاجتماعية الآتية:

- منفتحون على المجتمع ومشاركون جيدون في الأنشطة الاجتماعية المختلفة.
- مستقرون عاطفياً ومستقلون ذاتياً.
- أقل عرضه للإضطرابات الذهانية والعصابية مقارنة بأقرانهم.
- مستوى من النضج الأخلاقي عالٍ.

- إدراك قوى لمفهوم العدالة في علاقاتهم مع الآخرين وقدرة على الضبط والتحكم الذاتي.
- حس الدعابة وروح النكتة بسبب ملاحظتهم لمفارقات الحياة اليومية وإدراك أوجه التناقض في الحياة اليومية.
- إمتلاك قدرة غير عادية على التأثير في الآخرين أو إقناعهم أو توجيههم.
- الحساسية الشديدة لما يدور حولهم وحدة الانفعالية في استجاباتهم للمواقف التي يتعرضون لها.
- التعلق بالمثل العليا وقضايا الحق والعدالة والآخلاق.
- الكمالية وتعني وضع معايير متطرفة غير معقولة، والسعي القهري لبلوغ أهداف مستحيلة، وتقييم الذات على أساس مستوى الإنجاز والإنتاجية والتفكير بمنطق كل شيء أو لا شيء.
- يميلون إلى مناقشة الواقع ونقده.
- مدفوعين بحوافز ودوافع ذاتية.
- لديهم ميول متنوعة واهتمامات واسعة وربما غريبة. (السرور، 2003) (القريوتي وآخرون، 1995) (صبحي، 1994).

أما في ضوء مكتب التربية الأمريكي كما ورد في تقرير ميرلاند عن الطلبة الموهوبين (U.S Office of Education, 1972) فإنه يحدد ست خصائص أساسية للطلبة الموهوبين والمتفوقين إذ يندرج تحت كل خاصية مجموعة من الخصائص توضّح السمات التي يتسم بها هؤلاء الطلبة، وهذه الخصائص هي:

1- قدرات عقلية عامة:

وتشمل الخصائص الآتية:-

- إستنباط الأشياء المجردة.
- معالجة المعلومات بطريقة معقدة.
- الملاحظة الدقيقة.
- إستثارة الأفكار الجديدة.
- الاستمتاع بالفرضيات.

- التعلم بسرعة.
- استخدام المفردات العميقة.
- المبادرة.
- الاهتمام والبحث.

2- قدرات أكاديمية خاصة:-

وتشمل الخصائص الآتية:-

- القدرة على التذكّر بشكل كبير.
- استيعاب متقدم.
- سرعة اكتساب المهارات الأساسية للمعرفة.
- القراءة بتوسّع في مجال الاهتمام.
- النجاح بتفوق في مجال الاهتمام.
- السعي بحماس ونشاط للاهتمامات الخاصة.

3- القدرة الإبداعية:-

وتشمل الخصائص الآتية:-

- التفكير المستقل.
- الأصالة في التفكير.
- إدراك المشكلة وإعطاء حلول متعددة لها.
- سرعة البديهة.
- الابتكار والاختراع.
- الارتجال.
- عدم الإكتراث بالاختلاف عن المجموعة.

4- القدرة القيادية:-

ويندرج تحتها السمات الآتية:-

- تولي القيام بالمسؤوليات.
- توقعات عالية من قبل الذات والآخرين.
- الطلاقة.
- التنبؤ بالنتائج والقرارات الصحيحة.
- اتخاذ القرارات بحكمة.
- النزوع نحو البناء.
- الثقة بالنفس.
- التنظيم.
- التقبّل والمحبة من قبل الرفاق.

5- القدرة الفنية:-

ويندرج تحتها الخصائص الآتية:-

- حس واضح للعلاقات المكانية.
- قدرة غير عادية في التعبير عن النفس والمشاعر والمزاج من خلال الفن والرقص والتمثيل ... إلخ.
- تآزر حركي جيد.
- الرغبة في الإنتاج (إنتاج خاص).

6- القدرة الحركية:-

ويندرج تحتها السمات الآتية:-

- التحدي من خلال أنشطة حركية صعبة.
- الاستمتاع بالمشاركة في الفرص الرياضية المختلفة.
- الدقة البالغة في الحركة.
- البروز في المهارات الحركية.
- التناسق الجيد.

- مستوى عالٍ من الدقة.

- براعة في المهارات اليدوية. (السرور،2003. ص: 54).

البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين

هناك برامج تربوية خاصة يحتاج إليها الطلبة الموهوبين والمتفوقين وذلك للوصول بهم إلى أقصى درجة من النمو بالمقدار التي تسمح به طاقاتهم وقدراتهم. وقد أشارت العديد من المراجع والدراسات إلى مبررات وجود مثل هذه البرامج الخاصة نوجزها بما يلي:-

مبررات البرامج الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين

1- عدم كفاية برامج التعليم العادي: إذ تتصف برامج التعليم المدرسي العادي بأنها جماعية التوجه وذلك لمحدودية الوقت المخصص لكل مادة دراسية والأعداد الكبيرة للطلبة في معظم الصفوف وبالتالي التركيز على الوسط وعدم الاهتمام بالطلبة المتميزين.

2- التربية الخاصة حق للطفل الموهوب والمتفّوق: من حق الأطفال الموهوبين والمتفوقين الحصول على عناية تربوية خاصة وأن يحصلوا على فرص مكافئة كغيرهم من الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة.

3- التربية الخاصة للموهوبين والمتفوقين ضمان لرفاه المجتمع وتنميته: فالأطفال الموهوبون والمتفوقون ثروة وطنية يجب الاهتمام والعناية بها وعدم إهمالها. إن وقوف المجتمع في وجه التحديات التي تفرضها طبيعة العصر يعتمد بدرجة كبيرة على مدى الرعاية التي تقدم لهذه الفئة وتوفير الفرص التربوية المناسبة التي يمكن أن تساعد هؤلاء الأطفال في الوصول إلى أقصى طاقاتهم.

4- التربية الخاصة للموهوبين والمتفوقين تطبيق لمبدأ تكافؤ الفرص: إن القوانين والتشريعات المختلفة حول حقوق الإنسان في الجوانب الإنسانية والتربوية تنادي بالمساواة والعدالة وتكافؤ الفرص بين أفرادها. إن تطبيق مبدأ تكافؤ الفرص التربوية يعني أن تهيأ الظروف الملائمة لكل طالب لكي يتقدم بأقصى طاقاته وأن يحقق ذاته.

5- التربية الخاصة ضرورة للنمو المتوازن للطفل الموهوب والمتفوق: إن التفاوت في مستويات النمو الحركي والعقلي والانفعالي للطفل الموهوب والمتفوق تجعله عرضة لمشكلات تكيفية من شأن البرامج التربوية الخاصة أن تساعده في التخلص من هذه المشكلات وأن تجعل النمو في الجوانب المختلفة يسير بتوافق مع حاجات الطفل الخاصة.

أنواع البرامج التربوية الخاصة بالطلبة الموهوبين والمتفوقين

بعد عملية الكشف والتعرّف الدقيق على الطلبة الموهوبين والمتفوقين تقدم لهم الخدمات على شكل بدائل تربوية متنوعة تناسب الطفل الموهوب أو المتفوق وذلك ضمن النظام المدرسي العادي هذا وتقسم البرامج التربوية للطلبة الموهوبين والمتفوقين ضن نوعين رئيسيين هما:-

- الإثراء.
- التسريع.

وفيما يلي عرض لتلك البرامج:

أولاً:- الإثراء(Enrichment)

تعريف الإثراء: الإثراء هو تزويد الطلبةالموهوبين والمتفوقين بخبرات متنوعة ومتعمقة في موضوعات أو نشاطات تفوق ما يعطى في المناهج المدرسية العادية. أنه يتضمن إدخال تعديلات أو إضافات على المناهج المقررة للطلبة العاديين. والتعديلات يمكن أن تكون مواد دراسية لا تعطى للطلبة العاديين أو بزيادة صعوبة المواد الدراسية التقليدية دون أن يترتب على ذلك إختصار للمدة الزمنية اللازمة عادة للإنتهاء من مرحلة دراسية. ولكي يكون الإثراء فعالاً لا بد أن يتوافق مع ميول الطلبة واهتماماتهم وأساليب التعلم المفضلة لديهم، بالاضافة إلى الإمكانات المادية للمدرسة ومصادر المجتمع المتاحة. (زحلوق، 2000).

إن محتوى النشاطات والمشاريع المختلفة التي يمارسها الطلبة الموهوبين والمتفوقين في برامج الإثراء يجب أن يكون لها أهداف وتوجهات تظهر على شكل مخرجات تعليمية مفيدة وأن خيار الطالب للنشاط يجب أن لا يتعارض مع مبدأ الوصول إلى نواتج مقبولة لتلك النشاطات.

هذا ويعد برنامج الإثراء الأكثر قبولاً بين المجتمعات لقلة التكلفة ولسهولة التطبيق ولأنه يحسّن نوعية التعليم بشكل شامل (السرور، 2003، ص: 83).

أنواع الإثراء

هناك نوعين رئيسين من الإثراء هما:-

أ- الإثراء العمودي:- ويسمى الإثراء إثراءاً عمودياً إذا كانت الخبرات في مجال واحد من الموضوعات المدرسية.

ب- الإثراء الأفقي:- ويسمى الإثراء إثراءاً أفقياً إذا كانت الخبرات في عددٍ من الموضوعات المدرسية.

طرائق تنفيذ برامج الإثراء:-

هناك طرائق عدة يمكن أن تنفذ من خلالها برامج الإثراء، وتستند في الأساس إلى فاعلية تلك الطرائق في تلبية الحاجات التربوية للطلبة الموهوبين والمتفوقين إذ ليس بالضرورة أن تكون طريقة ما المناسبة لبعض الطلبة بالضرورة مناسبة للبعض الآخر. إذ أن ذلك يعتمد على مدى الفائدة التي يحصل عليها الطلبة الموهوبين والمتفوقين ومدى تحقق الأهداف التربوية لبرنامج الإثراء من جهة، وما يتوافر في المدرسة من ظروف مناسبة لتنفيذ برنامج تلك الطريقة. وفيما يلي أهم البدائل التربوية لبرامج الإثراء:

أ) تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات إضافية غنية في الصف العادي بدون ترتيبات وإجراءات إدارية أخرى، وهذا يستوجب على المعلم أن يعرّض الطفل أو مجموعة الأطفال في الصف إلى خبرات جديدة لا يتضمنها المنهاج العادي.

ب) تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات في الصف العادي ولكن على شكل مجموعات تشترك كل مجموعة منهم بتميز في مجال أو موضوع معين.

ج) غرفة المصادر. وتتضمن تزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين بخبرات إثرائية في مجال أو أكثر ولكن ليس في الصف العادي وإنما في غرفة مصادر في المدرسة. إذ يقضي الطالب فيها جزء من الوقت في اليوم يتزود خلالها بخبرات تزيد عن تلك التي يتلقاها أقرانه في الصف العادي، ثم يعود إلى صفه لتلقي بقية المواد والموضوعات الدراسية.

د) الصف الخاص: وهو صف خاص بالموهوبين والمتفوقين في المدرسة العادية يداومون فيه كل اليوم الدراسي ويتزودون بمناهج مختلفة عما يدرسه زملائهم من الطلبة غير الموهوبين أو المتفوقين بحيث يعرضون إلى توسع في مجال موهبتهم أو تفوقهم. هذا ويفضل أن يتشابه الطلبة في هذا الصف وربما يكون في المدرسة أكثر من صف خاص يجمع فيه الطلبة الموهوبون والمتفوقون حسب مستويات أو مجالات تميزّهم.

هـ) البرامج المدرسية الإضافية: في هذا النوع من البرامج، يداوم الطلبة الموهوبين والمتفوقين في صفوفهم العادية خلال اليوم المدرسي مع أقرانهم من غير الموهوبين والمتفوقين ثم يداومون مساءً أو بعد انتهاء البرنامج العادي لتلقي خدمات تعليمية

إضافية في مجالات أو موضوعات مدرسية. ويمكن أن يكون هذا البديل متبايناً حسب حاجة الطلبة. فربما يكون على شكل يومي أو عدد من أيام الأسبوع فقط.

و) نوادي الهوايات: يمكن أن تنمّي مواهب وقدرات الطلبة الموهوبين والمتفوقين عن طريق تشكيل ما يسمى بنوادي الهوايات أو إنخراط هؤلاء الطلبة بتلك النوادي إن وجدت سواء على صعيد المدرسة أو المجتمع المحلي بالتنسيق مع المدرسة. وفي النوادي تتاح للطالب الفرصة للممارسة هواياته وقدراته والتعبير عنها بحرية بعد توفير الخبرات اللازمة لتنمية هواياته وقدراته بعد اختيار النادي أو النوادي التي تتلاءم مع مجال تميزه.

ز) المخيمات الصيفية: تستثمر العطلة الصيفية للطلبة الموهوبين والمتفوقين بتزويدهم بخبرات جديدة لا تتوافر لهم خلال العام الدراسي. وذلك عن طريق تجميع هؤلاء الطلبة في مخيمات ذات طبيعة تربوية.

ح) الالتحاق المتقدم: وفي هذا البديل يمكن أن يتم به تزويد الطلبة الموهوبين والمتفوقين بخبرات جديدة ومتقدمة بمستوى الخبرات التي يتلقاها طلبة الجامعة. ويمكن بناءً على ذلك أن يحصل الطالب على عدد من الساعات المعتمدة التي تدرّس في الجامعة. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 433).

ط) التدريس الخارجي: يمكن أن يوفر للطلبة الموهوبين والمتفوقين مدرسين ضيوف من خارج النظام المدرسي ممن لديهم معلومات وفيرة وخبرات غنية يقومون بأطلاع الطلبة عليها بحيث توفر لهم فرص التفاعل مع هؤلاء الخبراء.

ي) الندوات: وهي إحدى أشكال برامج الإثراء التي يشترك فيها أكثر من مختص ويعطى الطلبة الموهوبين والمتفوقين الفرصة الكافية لحضور تلك الندوات والتفاعل مع الخبراء. وهذا البديل يمكن أن يكون مناسباً للمدارس الصغيرة والريفية.

ك) التدريس الفردي: في هذا البديل، يوفّر للطالب الموهوب أو المتفوق تعليماً فردياً يقوم به معلم أو مختص من المجتمع المحلي.

ل) المدرسة الخاصة بالموهوبين والمتفوقين: ويتضمن هذا البديل، التعرّف والكشف عن الموهوبين والمتفوقين في المدارس المختلفة ونقلهم إلى مدرسة خاصة، تستند أساساً على تلبية احتياجات مثل هؤلاء الطلبة. وفي هذه المدرسة يكون جميع الطلبة ممن يرشحون

على أنهم يمتلكون مواهب أو جوانب تفوق في مجال أو أكثر. ويقوم بتدرسيهم معلمون مختصون في تعليم الموهوبين والمتفوقين. (Renzulli &Olenchak, 1989).

الخصائص الواجب توفرها في المنهاج الإثرائي:

هناك عدد من الخصائص يجب أخذها بعين الإعتبار عند بناء منهاج إثرائي للطلبة الموهوبين والمتفوقين أهمها:-

1- يجب أن يكون المنهاج الإثرائي امتداداً للمنهاج العادي.

2- يجب أن يتضمّن المنهاج الإثرائي نشاطات للدراسة الحرة.

3- يجب أن يركّز المنهاج الإثرائي على عمليات التفكير العليا.

4- يجب أن يشارك المعلمين في تطويره.

5- يجب أن يحقق المنهاج الإثرائي تكاملاً بين الأهداف المعرفية والإنفعالية.

6- يجب أن يحدد المهارات والمعارف التي يجب أن يتعلمها الطلبة الموهوبين.

7- يجب أن يتصف المنهاج الإثرائي بالمرونة.

ثانياً:- الإسراع (Acceleration)

إن التسريع يعني: إتاحة الفرصة للطالب القادر على إتمام المناهج المدرسية المقررة في مدة أقصر أو عمر أصغر من المعتاد بحيث يتضمن تزويد الطالب الموهوب أو المتفوق بخبرات تعليمية تعطى عادةً للأطفال الأكبر منه سناً.

ومن الجدير ذكره أن برامج الإسراع هي من أقدم الممارسات التربوية مع الطلبة الموهوبين والمتفوقين وقد سبقت برامج الإثراء بفترة ليست بسيطة.

أشكال وبدائل تنفيذ برنامج التسريع:-

هنالك العديد من الأشكال والبدائل لتنفيذ برنامج التسريع أهمها:

1- القبول المبكر في المدرسة:- ويعني السماح للطفل بدخول الصف الأول الابتدائي قبل أقرانه الآخرين متوسطي الذكاء. فعلى سبيل المثال إذا كان العمر القانوني لدخول الصف الأول هو (6) سنوات فإن يسمح للطالب الموهوب أو المتفوق الإلتحاق بالصف الأول في سن (5) سنوات مثلاً.

2- تكثيف المنهاج: ويعني اختصار المدة المقررة لتغطية المنهاج في الصف العادي بنسبة لا تقل عن (25%) كأن تعطى مناهج موضوع مقرر في الست سنوات الأولى من المرحلة الأساسية في أربع سنوات إذا توافر عدد كافٍ من الطلبة الموهوبين والمتفوقين في المدرسة.

3- تخطّي الصفوف (الترفيع الاستثنائي): ويتم فيه ترفيع الطفل الموهوب أو المتفوّق إلى صف أو صفوف أعلى من الصف الذي يفترض أن ينتقل إليه. فإذا أنهى الطفل الثاني الابتدائي مثلاً. فإنه وبناءً على تميّزه وتفوّقه الواضح مقارنة بأقرانه متوسطي الذكاء يمكن أن يرّفع إلى الصف الرابع مثلاً أو الخامس وهكذا.

4- القبول المبكّر في الجامعة: ويتم فيه إلتحاق الطالب الموهوب أو المتفوق في الجامعة في عمرمبكر بدون الحاجة إلى إنهاء السنوات المدرسية المقررة العادية. إذ يمكن أن يلتحق الطالب بالجامعة قبل إنهائه الثانوية أو عند بدايتها أو حتى قبلها وذلك اعتماداً على قدرات الطالب. من هنا فإن مراجعة شروط قبول الطلبة في الجامعات يعتبر شرطاً أساسياً لتنفيذ هذا الشكل من التسريع.

5- تسريع القبول المزدوج: وهو قبول الطالب جزئياً في الجامعة أثناء إلتحاقه بالمدرسة الثانوية لدراسة مقررات جامعية تحسب له عند دخول الجامعة بصورة نظاميه أو قبول الطالب في المرحلة الثانوية ليوم أو يومين في الأسبوع بينما يقضي باقي الأيام في المدرسة.

6-تسريع المحتوى: وهو نوع محدد من التسريع يتم فيه توفير الفرصة للطالب الموهوب أو المتفوق أن يستمر في التزوّد بخبرات من نوع معين يتعلق بمجال موهبته أو تفوقه والتي تتضمنها الصفوف الأعلى من صفه (Davis, 1994).

الإتجاهات العامة السائدة في تربية الطلبة الموهوبين والمتفوقين

لقد ظهرت العديد من الإتجاهات العامة الخاصة بتربية الطلبة الموهوبين والمتفوقين ويمكن تلخيص هذه الإتجاهات بثلاثة اتجاهات هي:-

الإتجاه الأول: وهو الإتجاه الذي ينادي بدمج الموهوبين مع الطلبة العاديين في المدارس العادية.

الإتجاه الثاني: وهو الإتجاه الذي ينادي بفصل الطلبة الموهوبين عن الطلبة العاديين ووضعهم في مدارس خاصة بهم.

الاتجاه الثالث: وهو الاتجاه الذي ينادي بدمج الطلبة الموهوبين في المدارس العادية ولكن في صفوف خاصة بهم.

- وتبدو مبررات الإتجاه الأول في ما يلي:

- المحافظة على التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية في الصف العادي. حيث يمثل ذلك التوزيع ثلاثة مستويات على الأقل من الطلبة في الصف العادي. وهي: المستوى المتفوق. والمستوى العادي والمستوى الذي يقل عن المستوى العادي.
- المحافظة على التفاعل الاجتماعي في الصف العادي، بين ثلاثة مستويات من القدرة العقلية وما يولده ذلك التفاعل الاجتماعي من فرص تنافسية.

- أما مبررات الإتجاه الثاني فإنها في ما يلي:

- إعداد الكفاءات والكوادر العلمية المتخصصة في المجالات الاقتصادية والعلمية. والاجتماعية.
- إعداد القيادات الفكرية. والعلمية. والاقتصادية. والاجتماعية ... إلخ.
- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة.

- أما مبررات الإتجاه الثالث فتبدو في ما يلي:-

- المحافظة على التفاعل الاجتماعي بين مستويات الطلبة العقلية الثلاثة في المدرسة العادية، وما يولّد ذلك التفاعل من فرص تنافسية حقيقية بين الطلبة في المجالات المختلفة.
- إعداد القيادات الفكرية. والعلمية. والاقتصادية. والاجتماعية ...إلخ.
- إعداد الكفاءات والكوادر العلمية المتخصصة في المجالات المختلفة.
- توفير فرص الإبداع العلمي للطلبة الموهوبين في المجالات المختلفة. (صبحي. 1994. ص: 97-98).

إرشادات للمعلم لمساعدة الطالب الموهوب أو المتفوق داخل الصف العادي

إن استراتيجيات تقديم المساعدة للطفل الموهوب والمتفوق داخل الصف العادي من اكبر العوامل المساعدة في وقاية الطفل من التعرض للمشكلات الإنفعالية والاجتماعية. لذا على معلم الصف العادي عند تعرّفه على طالب موهوب ومتفوق داخل صفه تقديم المساعدة لهذا الطالب عن طريق مراعاة بعض الأمور التالية:-

1- عدم إجبار الطالب الموهوب والمتفوّق على أن يقوم بكل ما يقوم به الآخرون.

2- عدم مطالبة الطالب الموهوب أو المتفوّق بالتدريب على مهارات يتدرب عليها الآخرون في حين إجادته لها الإجادة التامة.

3- إسناد الأعمال الصعبة في الصف دوماً له إذا كان لديه الرغبة في ذلك.

4- إسناد الأدوار القيادية له إذا كان يرغب في ذلك.

5-عدم الحد من تقدمه في المنهاج إذا حاول ذلك.

6- توفير الأجواء المناسبة لأنشطة الطالب الموهوب وتوجيهه التوجه السليم.

7- عدم تعميم العقاب على طلاب الصف لتجنب إيذاء الطالب المتميّز في حالة عدم إرتكابه للذنب.

8- ضرورة معاملة الطالب الموهوب والمتفّوق بمودة واحترام، إذا ما رغب التعامل مع المعلم خارج الصف.

9- ضرورة مساعدته على تقبل مضايقات أبناء صفّه إذا ما حصلت، ومساعدته على أن يفهم على أنه مختلف عن الآخرين وهذا الاختلاف يسبب له هذه المضايقات.

10- إسند له دور القيام بالمشاريع التعليمية الهامة المعززة للمنهاج وأعطه حرية الاختيار الموجه في حال اهتمامه بالقيام بالمشاريع الخاصة التي تعكس ميوله واهتماماته الخاصة.

11- اعطه دور مساعدة الطلاب الضعفاء بشكل خاص، وأعطه دور مساعد معلم ليعمل على مساعدة أي طالب في الصف إذا أبدى استعداداً لذلك.

12- ساعده في تقبل الامتحانات بنفسيّة سليمة وساعده في الحد من خوفه من العلامة المدرسية وأهمية نتيجة الامتحان، ودرّبه في كيفية التعامل مع الفشل.

13- ضرورة مساعدة الطالب الموهوب والمتفوق في أن يقع في حب موضوع ما، وتوجيهه في تعلم هذا الموضوع كي يصبح مجالاً يعمل فيه في المستقبل ويعمل على تقدم هذا الموضوع في وطنه أو ليساهم في تعليم هذا الموضوع لطلاب صفة ومدرسته (السرور، 2003، ص: 252-253).

مراجـع الفصل التاسع

المراجع العربية:-

- زحلوق. مها (2000). التربية الخاصة بالمتفوقين. الطبعة الأولى. منشورات جامعة دمشق، دمشق.

- السرور. ناديا هايل (2003) مدخل إلى تربية المتميزين والموهوبين. الطبعة الرابعة. دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع. عمان.

- صبحي. تيسير (1994). رعاية ذوي الحاجات الخاصة. ط١. منشورات جامعة القدس المفتوحة. عمان.

- القريوتي. يوسف. السرطاوي. عبد العزيز. الصمادي. جميل (1995) مدخل إلى التربية الخاصة. الطبعة الأولى. دار القلم للنشر والتوزيع. العين.

- المعايطة. خليل. والبواليز. محمد (2004) الموهبة والتفوق. الطبعة الثانية. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان.

المراجع الأجنبية:

-Davis, Gary., A (1994), Hand book of Gifted Education -U.S.A 7-Gross, M. The use of radically acceleration In cases of exterme Intellectual U., (1992), precocity. **Gifted child Quarterly**, 36, 91-99.

-Feldhusen, J.F., Hoover, S. M., &Saylor, M.F., (1990), **Identification of gifted students at the Secondary Level.** Moner, NY: Triuiam.

-Gallagher, J. J., (1985), **Teaching the Gifted child Boston**: Allen and Bacon, Inc.

-Gardner, H (1993), **Creative lives and Creative works:** asynthetic Scientific ap- New proach. In R. J. sternberg (Ed.), The nature of creativity (pp. 298-321) York: Cambridge university press.

-Hallahan, D., Kauffman, J., (2003),**Exceptional Learners.** Eng Lewood Cliffs: New Jersey, prentic -hall.

The effectiveness of School wide enrich- -Renzulli, J., Olenchak, R., (1989), ment model. **Gifted child Quarterly**, vol 33. No, 2,pp 30-40.

-Reis, Sally M. and Renzulli, Joseph, S., (1989), **The Secondary Traid Model**, Creative Learning press.

الفصل العاشر

التوحد

(Atusin)

التوحد

أسس وإضاءات

مقدمة:

أوردت القصص القديمة وصف لحالات من الأفراد يحكى ان اختطافهم بفعل الجان يتفق وإلى حد كبير للحالات التي تعاني من التوحد Autism حيث تعود هذه الكلمة إلى الأصل اليوناني Autos وتعني النفس وفي مجال الطب النفسي تعني الانسحابية والاستغراق في النفس والبعض يطلقون عليه فصام الطفولة Childhood Schizophrenia الذي من أعراضه مظاهر الهلوسة أو التهيؤات . ويمكن تكراره في الأسرة الواحدة . يصيب الجنسين بنفس النسبة . ويظهر قبل البلوغ بينما تبدأ معاناة التوحد في السنوات الأولى من عمر الطفل ، وقد يصاحبه في بعض الحالات إعاقة عقلية . علاوة على أنه اضطراب نمائي بينما الفصام مرض عقلي والطفل الذي يعاني من التوحد قد يتمتع بصحة أفضل وقدرة حركية أفضل والوراثة لها أثر قوي في حدوث الفصام بينما لا يوجد دليل مؤكد على ذلك في حالات التوحد حيث لا نستطيع القول بأن هناك ظروفاً موحدة بين الأسر حتى نعتبرها مؤشراً لوجود عامل الوراثة في التوحد فهناك بعض الأسر التي قد تتكرر فيها حالات التوحد هذا بالإضافة إلى أن هناك بعض الأسر التي فيها طفل توحد قد نجد لدى إخوته أعراض صعوبات أخرى ، وأسر أخرى لا يوجد فيها إلا طفل واحد يعاني من التوحد وهذا يجزم بعدم الإقرار بوراثية التوحد وأول من حدد زمرة من الخصائص التشخيصية لفئة من الأطفال أطلق عليهم مصطلح التوحد المبكر هو ليوكنر LeoKanner سنة 1943 وصنف هذه الزمرة إلى عدة محاور منها:

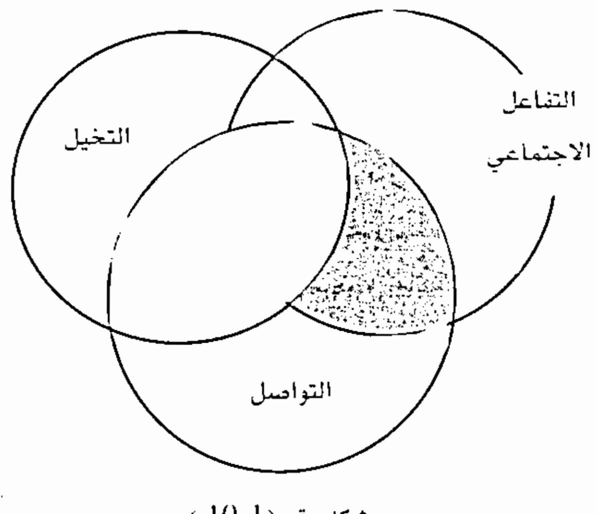
العجز في التواصل مع الآخرين يبدأ منذ ميلاد الطفل(الأمهات النابهات يلاحظن ذلك من خلال مؤشرات)، وإخفاق في استخدام اللغة وانشغال تام بالأشياء في مقابل انصراف تام عن الأشخاص المحيطين به و في ذات الوقت تقريباً عام 1944 توصل النمساوي هانزاسبرجر HansAsperger إلى زمرة من الخصائص مشابهة إلى حد ما إلى ما توصل إليه كنر وتتبع الطبيب النفسي لونج L.wing خصائص مجموعتي اسبرجر وكنر فوجد أن خصائص إسبرجر تنطبق تماماً على حالة ابنته في الوقت الذي لم تدرج خصائصهما في الدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات النفسية D.S.M إلا انه مع الاهتمامات وبروز أوجه الاختلاف بين أعراض إسبرجر وأعراض حالات كنر مما استدعى ورودهم في اواخر

الثمانيات وفي الطبعة الثالثة المعدلة (D.S.M-3R) كما وردت أيضاً عام 1994 ضمن مجموعة اضطرابات النمو الارتقائي الشاملة Pervasive Developmental Disordars وفي الطبعة الرابعة (D.S.M-4) والتي تضم خمسة اضطرابات هي :

التوحد Autism، الاسبرجر Syndrome Asperger، ريت Syndrome Rett، اضطرابات النمو غير المحددة P D D-NOS، اضطرابات الطفولة التحليلية Disintrgrative Child-hood Disordars وتطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة مصطلح طيف التوحد Autistic Spectrum وهي حالات اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقف النمو على الجوانب اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلباً على بناء الشخصية .

تعريف التوحد :

هناك العديد من التعريفات التي حاولت وصف هذا الاضطراب، حيث أشارت معظمها إلى المظاهر السلوكية لدى أطفال التوحد، فقد تم وصفهم بالإنعزال، والانسحاب، والنمو غير السوي، وعدم النجاح في إقامة علاقات مع الآخرين. وعرفته الجمعية الأمريكية Autism Asociaty Of American بأنه نوع من الاضطرابات التطورية التي لها دلائلها ومؤشراتها في السنوات الثلاثة الاولى نتيجة خلل ما في كيميائية الدم أو إصابة الدماغ تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو؛ وقد يوضح الشكل رقم (10-1) ثلاثية الافتقار التي تسهم الى حد كبير في تشخيص التوحد



شكل رقم (10-1)

ويتبين من هذا الشكل أن الافتقار إلى إحدى الحلقات يبرز لنا مشكلات في حاجة إلى تشخيص دقيق والجزء المظلل من تقاطع الحلقات الثلاثة. هو تباين للخلل وهنا يكمن الطفل الذي يعاني من التوحد وما توصل إليه المؤلفان تؤكده نتائج مؤتمر انجلترا Autism 1999 على أنه اضطراب نمائي يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم ويتمثل الافتقار الناتج عن هذا الاضطراب في نفس الثلاثية الموضحة الشكل السابق، ويعرف كذلك على أنه حالة غير عادية ، لا يقيم فيها الطفل علاقة مع الآخرين . ولا يتصل بهم إلا قليلا جدا . والتوحد مصطلح يجب استخدامه بحذر ، فهو لا ينطبق على الطفل الذي قد يكون سلوكه شاذا ناجما عن تلف في الدماغ .

ولا يمكن استخدامه في الحالات التي يرفض فيها الطفل التعاون بسبب خوفه من المحيط غير المألوف ، ويمكن أن يصاب الأطفال من أي مستوى من الذكاء ، فقد يكون هؤلاء طبيعيين أو أذكياء جدا أو متخلفين عقليا (يحيى ، 2003)

ولعل التعريف الأكثر قبولاً في هذا المجال هو أن التوحد "**اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ، غير معروف الأسباب، يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين، وضعف واضح في التفاعل، وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب، وظهور أنماط شاذة من السلوك، وضعف في اللعب التخيلي**" (Knoblock ,1980) . ويتفق أيضاً مع ما وضحه الشكل السابق، وعموماًفالاضطراب التوحدي هو نوع من الاضطرابات الارتقائية التي تظل متزامنة وتؤثر على جميع جوانب النمو والتي قد تتحسن طردياً بدرجة الاهتمام في تعليم المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي والمهارات التفكيرية ن والتحسن قد يكون ملحوظاً جداً كلما كان التدخل العلاجي مبكراً .

نسبة الانتشار :

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداة للتشخيص لحالات التوحد. فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب آخذه في التزايد. فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى (20/15 حالة ـ 10000) لكل حالة ولادة حية (Bryna, 1996) .

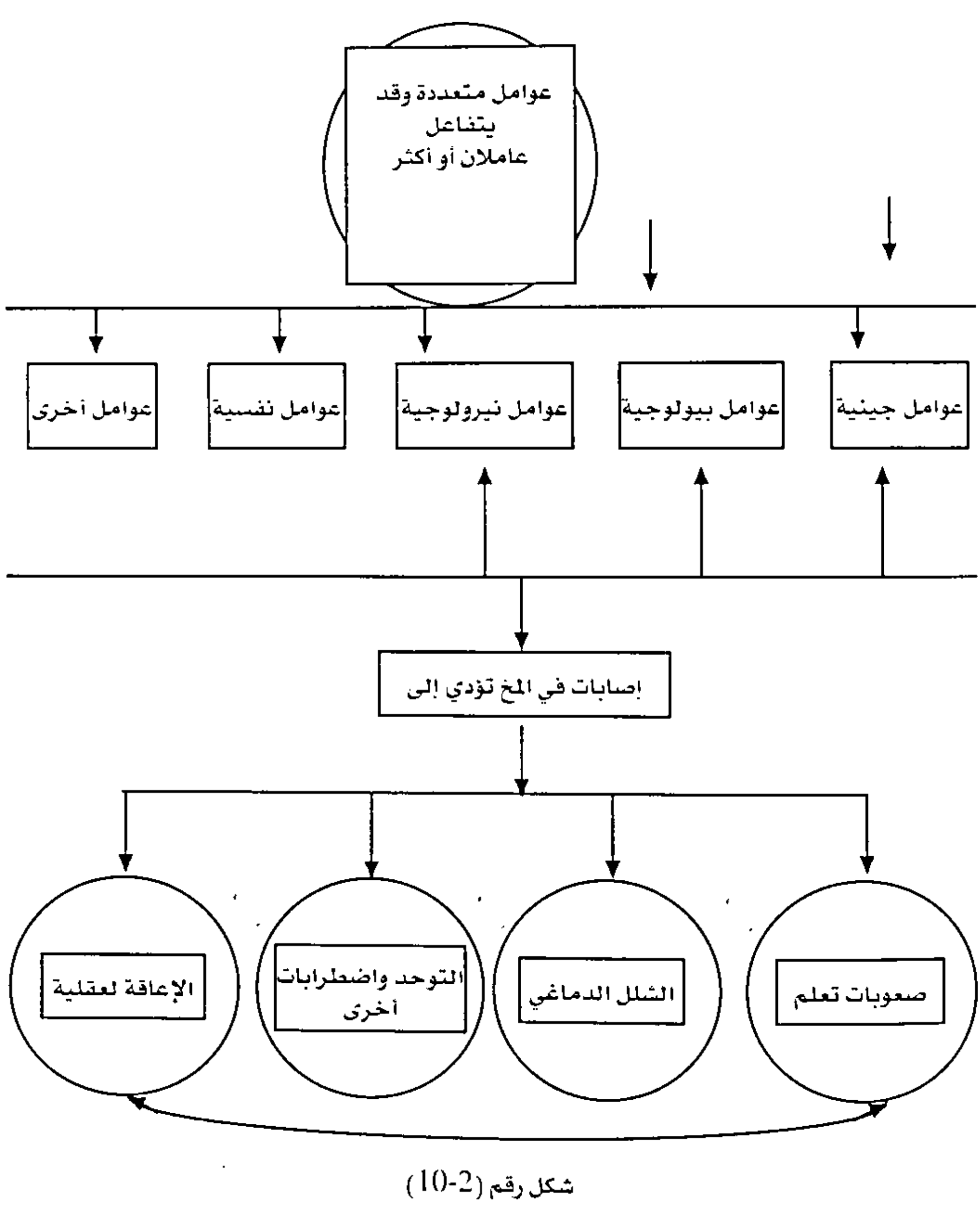
وقد أشارت دراسات أخرى إلى أن النسبة تكاد تصل إلى (1-500) حالة ولادة حية كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى أن حالات التوحد بأنماطها

المختلفة وأشكالها تصل إلى (500.000) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أحد أشكال طيف التوحد (Dunlap, 1999) .

ومن ناحية أخرى فإنه يظهر لدى الذكور أكثر من الإناث وتصل النسبة (4-1) . ولكن التوحد يظهر في الغالب بدرجات شديدة لدى الإناث ويكون مصحوباً بتأخر عقلي شديد وفي هذه الحالة تصبح النسبة (2:1) أنثى مقابل ذكران . وليس الذكر كالأنثى فالبنات يتطلبن فحصاً نيورلوجياً دقيقاً اكثر من الأولاد فقد أوضحت دراسات عديدة إلى أن الإناث اللواتي يعانين من التوحد أقل من الأولاد في التعرض للاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدي بشكل خاص . ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية (Bowley, 1972) ، كما بينت بعض الدراسات أن نسبة الأطفال الذين يعانون من التوحد تصل من 10%-80% وهؤلاء يظهرون شذوذاً في جهاز رسم المخ الكهربائي . وهذا الشذوذ لدى البنين والبنات ولا توجد فروق دالة بينهم مما يشير إلى خلل في الدماغ الأوسط Midbrainوالذي يتكون من مراكز التنشيط الشبكي Reticular ويلعب دوراً خاصاً في الانتباه للمثيرات البصرية والسمعية علاوة على التحكم في حركة العينين والتآزر والتوازن وضبط الشعور والوعي والنوم واليقظة وتنظيم ضربات القلب والتنفس . وهناك دلائل كثيرة على ان مدى انتشار التوحد يأخذ في التزايد . واشارت دراسات عديدة إلى أن الذكور البكر هم اكثر عرضة للإصابة ولا يعرف سبب ذلك حتى الآن .

- **أسباب التوحد:**

ما زالت الأبحاث والدراسات تجرى حتى الآن لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد ويمكن تصنيف ما تبين إلى عدة عوامل يوضحها الشكل رقم (2-10) .



شكل رقم (2-10)

- أعراض التوحد :

1- التفاعل الاجتماعي، هناك ضعف واضح في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. ويتصفون بالعزلة المفرطة Extreme Autistic Aloneness والانسحاب والتجنب للمواقف الاجتماعية، عاجزين عن التواصل مع المحيطين وكأنهم في قوقعة .

2- التواصل (اللفظي وغير اللفظي) وعادة يطورون أشكالاً شاذة من اللغة كالمصاداه أو

الترديد النمطي لما يقوله الآخرون، وعدم القدرة على التواصل البصري ، وارتباط شديد بالجمادات لا بالأشخاص

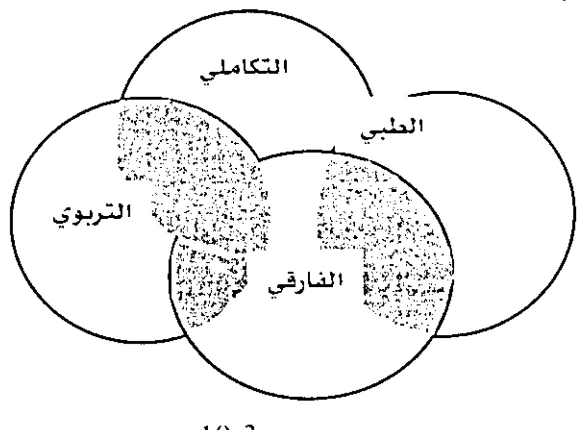
3- خلل في الحواس، فأحياناً لدى هؤلاء الأطفال حساسية عالية جداً للمس أو المسك، وفي بعض الأحيان لا يهتمون لذلك ويضطربون من بعض الأصوات المنبعثة من الأجهزة الكهربائية كالمكنسة والخلاطات والمصاعد وما شابه ذلك وكذلك الحال بالنسبة للشم. التذوق والبعض منهم يألف اصنافاً محددة من الطعام لا يحيد عنها

4- ضعف في اللعب والتخيل، حيث أن معظم أطفال التوحد لا يوجد لديهم إدراك لأبعاد اللعب، وخاصة اللعب التخيلي، ويأخذ اللعب عادة شكل نمطي وتكراري محدود ، وعدم مشاركة أقرانهم في اللعب .

5- ظهور أنماط شاذة من السلوك، مثل السلوك النمطي وتحريك أصابعه أو يديه أو جسمه ...الخ، وكذلك يمكن أن يظهر الطفل سلوك إيذاء الذات أو الضرب أو التخريب بمعنى أن الأطفال الذين يعانون من التوحد يفتقرون الوعي بأجسادهم والتحكم الإدراكي وإلى التكامل الحركي (Ontario ,1990) .

التشخيص والتقييم

تعتبر عملية التشخيص من أصعب المراحل التي يمر بها الطفل التوحدي، حيث أن التشخيص بحاجة إلى فريق عمل متعدد التخصصات في الجانب الطبي، و النفسي، و الاجتماعي، و التربوي والسلوكي. وهناك تطور حصل بالنسبة لأدوات التشخيص والتقييم لحالات التوحد، والتي يمكن من خلالها تغطية الجوانب المختلفة للاضطراب سواء الطبية منها، أوالسلوكية والتربوية .ويوضح الشكل رقم (3-10) المراحل الأساسية في عملية تشخيص حالات التوحد .



شكل رقم (3-10)

يتضح من الشكل رقم (3-10) من خلال العمليات المنطقية للاتحاد والتقاطع بين العمليات الأربعة أن مجموعة التقاطع بينهم تعطي التشخيص الذي لا يختلف عليه فريق العمل .

ويمكن الإشارة في هذا البعد لأكثر من جانب يتم فيه عملية التشخيص والتقييم للجوانب الطبية والسلوكية والتربوية، حيث يمكن تصنيف طرق التشخيص والتقييم إلى أكثر من شكل، وفيما يلي شرح لأشكال التشخيص والتقييم والأدوات المستخدمة :

أولاً: **التشخيص الطبي** : ونقصد به فحص حالة الطفل من جوانب متعددة يمكن إجمالها على النحو التالي :

أ- التاريخ التطوري والمرضي للأسرة والطفل . حيث يشتمل هذا الجانب على معرفة التاريخ المرضي ومتابعة عملية الحمل والولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى، وطبيعة المشكلات التي يمكن أن يكون قد تعرض لها الطفل وتحديدها زمنياً مع الاهتمام بالأصول الوراثية ، ومشاكل التفاعل الاجتماعي .

ب- الكشف السريري، وهو الكشف الذي يقوم به الطبيب بشكل مباشر للطفل، وهو كشف مبدئي بهدف التعرف على الوضع الصحي الأولي للطفل .

حـ- الفحوصات الطبية : وتشتمل على فحوصات متنوعة مثل التصوير الطبقي، الرنين المغناطيسي، فحص السمع، النظر، فحوصات الدم والبول والبراز ....الخ ، وهدف هذه الفحوصات للتأكد من وظائف الجسم والدماغ لدى الطفل وهل يوجد أي اضطراب أو خلل عضوي واضح لديه (البلشه، 2001)

د- ملاحظة الوضع العام والسلوك العام للطفل من خلال الزيارات الأولى في العيادة، وكذلك تطبيق القائمة الخاصة بالدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية، والذي يمكن من خلالها جمع المعلومات الخاصة به عن طريق أسرة الطفل مبدئياً .

هـ- المشاركة في عملية التشخيص والتشخيص الفارقي،ونقصد به تحديد نوع الاضطراب لدى الطفل التوحدي في حال ظهور نفس الأعراض في اضطرابات ومشكلات أخرى، فالطبيب يلعب دوراً هاماً وأساسياً في متابعة التطور النمائي وتحديد العمر الذي ظهر فيه الاضطراب ونوع المشكلات المصاحبة للاضطراب (American, 1996) ، وذلك باستخدام معايير أخرى تطبق على الطفل للتأكد من

استبعاد وجود مشكلات أو اضطرابات أخرى رئيسية مثل فصام الطفولة، واضطرابات النمو اللغوي، والعصاب ... الخ (Rutter, 1978)، (Ornitz, 1973)

و- ويمكن الإشارة أيضاً إلى أن الطبيب هو أحد الأعضاء المهمين جداً في فريق العمل الذي سوف يضع البرنامج للطفل التوحدي. وذلك من خلال المشاركة في التشخيص والاطلاع على الجوانب العضوية والفسيولوجية، وكذلك الصحية للطفل التوحدي. وأيضاً بالنسبة للمتابعة الدورية في المستقبل لأي مستجدات يمكن أن تحدث مع الطفل خصوصاً في الجانب الطبي مثل ظهور نوبات صرع، مشكلات في الجهاز الهضمي ...الخ .

ومن الجدير بالذكر بأن عملية التشخيص للجانب الطبي يمكن أن يشارك فيها أكثر من طبيب مثل طبيب الأطفال، الأعصاب، الطب التطوري، اختصاصي الأذن والأنف والحنجرة، وذلك يتوقف على طبيعة المشكلات الموجودة لدى الطفل (Knoblok, 1980),(Cohen, 1978)

وبناء على ذلك فإنه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار ضرورة التشخيص الطبي بداية لأنه بمثابة الخطوة الأولى للتعرف على الاضطراب الذي يعاني منه الطفل، والذي يمكن أن يعطينا إشارات أو علامات مميزة و خاصة باضطراب التوحد .

ثانياً: التشخيص والتقييم السلوكي والتربوي :

وحتى نصل إلى تشخيص تكاملي لحالة الطفل التوحدي، والوقوف على الخصائص والمشكلات المختلفة لديه، فإنه لا بد من التطرق إلى الجزء المكمل في عملية التشخيص، وهو الجانب السلوكي والتربوي .

وتجدر الإشارة إلى أن هناك نقاط عديدة تيسر فهم طبيعة المشكلات التي يتم معالجتها من خلال التركيز على الجوانب السلوكية والتربوية الموجودة لدى الطفل التوحدي. ويمكن أن نشير إليها على النحو التالي :

- التركيز على الملاحظة كأسلوب فعّال وطريقة موضوعية الهدف منها وصف السلوك الذي يقوم به الطفل التوحدي كما هو. وبذلك يمكن الإشارة إلى الملاحظة المباشرة وغير المباشرة، والتي تتيح الفرصة للمعلم والأخصائي لمراقبة أنماط السلوك المختلفة التي يظهرها الطفل التوحدي في المواقف الحياتية واليومية التي يتعرض لها. ويتم

تسجيل هذه السلوكيات وجمعها باعتبار أنها تصف (وضع) الطفل في المرحلة الحالية. ومن الجدير بالذكر أن أهم أدوات الكشف المستخدمة للتعرف على جوانب الإضطراب بشكل عام هي:

1- ICD 10 (1992):

أ ـ وجود قصور أو عجز في نمو واحدة أو اكثر مما يلي وذلك قبل 3 سنوات من العمر :

- اللغة التعبيرية المستخدمة في التواصل .
- نمو التفاعل الإجتماعي أو التفاعل المشترك .
- اللعب الرمزي أو الوظيفي .

ب ـ القصور في التفاعل الاجتماعي المشترك :

- عدم القدرة في متابعة النظر لأعين الآخرين، والتعبير بالوجه، التعبير بالجسم، الإشارة، تنظيم التفاعل الاجتماعي .
- عدم المقدرة في تطور العلاقات التي تتضمن مشاركة الاهتمامات والأنشطة والمشاعر .
- قصور في البحث عن أشخاص آخرين يتجه إليهم للراحة أو الود أو في أوقات الضغط العصبي أو تقديم الراحة لهم حينما يظهر عليهم القلق والحزن .
- نقص في المتعة والسعادة المشتركة بينهم وبين الآخرين .
- قصور في المتعة والسعادة المشتركة بينهم وبين الآخرين .
- قصور في المشاركة الإجتماعية والعاطفية، وعجز في الاستجابة لعواطف الآخرين.

ج ـ القصور في التواصل :

- تأخر ونقص كامل في اللغة المنطوقة .
- عدم الاستطاعة في بدء أو تكملة حوار مع شخص آخر .
- عدم ملائمة الصوت في درجة الصوت والنبرة .

د ـ الأنشطة والاهتمامات :

- الانشغال بأنواع محدودة من الاهتمامات .

- التعلق والارتباط بأشياء غير عادية .
- الالتصاق بأشياء غريبة في الاصل .
- سلوك نمطي متكرر وآلي .
- الانشغال بأجزاء من الأشياء .
- الاهتمام بتفاصيل صغيرة غير مهمة في البيئة المحيطة .

2- DSMIV (1994) :

المرحلة الأولى : يجب أن يكون المجموع الكلي (6) فما فوق

أ ـ ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي :

- ضعف في استخدام سلوكيات غير لفظية مثل النظر الى العين وتعابير الوجه.
- تكون العلاقات بصورة غير ملائمة للسن أو النمو .
- عجز في البحث التلقائي أو الطلب العفوي لمشاركة الآخرين في المتعة والاهتمام بالآخرين .
- نقص في المشاركة الاجتماعية والعاطفية .

(يجب أن يتوافر على الأقل نقطتين من النقاط السابقة)

ب ـ ضعف نوعي في التواصل :

- تأخر أو عدم وجود اللغة المنطوقة .
- عجز واضح في القدرة على بدء الحوار .
- استخدام متكرر للغة والتعبيرات اللغوية .
- الافتقار إلى محاكاة الآخرين في مستوى نمو مناسب، واللعب التخيلي .

(يجب أن يتوافر نقطة واحدة على الأقل من النقاط السابقة)

ج ـ عجز في الأنشطة والاهتمامات :

- الانشغال بنوع واحد من الاهتمامات مع التركيز عليه .
- الانشغال بأجزاء من الأشياء وليس الكل .

■ سلوك نمطي متكرر .

■ عدم المرونة عند تغير عناصر الموقف ووجود طقوس معينة في الموقف .

(يجب أن يتوافر نقطة واحدة على الأقل من النقاط السابقة)

المرحلة الثانية : يجب أن يكون لدى الطفل تأخر أو وظائف غير عادية في بداية الثلاث سنوات الأولى من العمر في واحد من الجوانب التالية على الأقل :

■ التفاعل الاجتماعي .

■ استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي .

■ اللعب التخيلي أو البسيط .

المرحلة الثالثة : هذا الاضطراب لا يكون أفضل في المعدل من اضطراب عرض ريت. أو اضطراب الطفولة التحللي .

■ الاستخدام الفعال لبعض المقاييس والمعايير المتعارف عليها والتي تستخدم للكشف عن الجوانب المختلفة من الاضطراب لدى الطفل التوحدي. ويمكن الإشارة إلى مقاييس لمراقبة السلوك. وقياس المهارات والقدرات ومعرفة نقاط القوة والضعف لدى الطفل التوحدي.

■ توظيف هذه المقاييس والمعايير التي تطبق عادة على الطفل التوحدي بشكل ايجابي. وذلك ابتداء من اختيار القائمة أو المقياس. مروراً بالفهم الصحيح والواضح لإجراءات تطبيقه. وكذلك الاعتماد على كادر متخصص في تطبيق مثل هذه المقاييس. ثم العمل على تحليل وتفسير النتائج وتوجيهها نحو وضع البرامج العلاجية المناسبة لكل طفل بناء على طبيعة الخصائص والصفات الموجودة لديه .

■ بالإضافة إلى أن هذه المقاييس تستخدم لأغراض التقييم فانه يمكن الاستفادة منها في إعادة التقييم لمستوى الأداء الحالي الذي يصل إليه الطفل التوحدي بعد وضع وتطبيق البرنامج كما هو الحال في قوائم الشطب مثل :

■ قائمة شطب لسلوك التوحد (Autism Behavior Check List,ABC)

والتي طورها كل من كروك واريك والموند (Krug,Arick & Almond) وتشتمل هذه القائمة على (57) فقرة. حيث تصف هذه الفقرات أنماط السلوك التي يظهرها الأطفال

المتوحدين وقد تم توزيع هذه الفقرات في القائمة على خمسة أبعاد وهي :

1- الجانب الاجتماعي والاعتماد على الذات .

2- الجانب اللغوي .

3- استعمال الجسم والأشياء .

4- العلاقات والتواصل .

5- الإحساس . (short, 1986) .

❖ قائمة شطب لسلوك الطفل اليومي : Daily Child Behavior Check List:

تشتمل هذه القائمة على (64) فقرة، تشير هذه الفقرات إلى أنماط السلوك التي يقوم بها الطفل المتوحد خلال يوم كامل (24) ساعة من وجوده في البيت، حيث يقوم الوالدين عادة بتعبئة هذه القائمة، ويتم تسجيل الإجابة مقابل كل فقرة على سلم متدرج من (مرضي - غير مرضي - ليس متأكداً). حيث تشير فقرات هذه القائمة إلى العديد من الوظائف، التي يمكن أن يقوم بها الطفل المتوحد من لحظة نهوضه من النوم ودخوله إلى الحمام، وتناوله طعامه، مساعدته لوالديه في تحضير الطعام، ارتداء الملابس......الخ، تسجيل الملاحظات يومياً عن وضع الطفل في المنزل وكيفية تصرفه في المواقف المختلفة،William) 1983)

❖ قائمة تقدير الأطفال المتوحدين (Children hood Autism Rating Scale, CARS)

والتي طوّرها سكوبلر وآخرون (Schopler et al) . وتتكون القائمة من (15) بعد، وهذه الأبعاد هي : العلاقات مع الآخرين، التقليد، الاستجابات الانفعالية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف للمتغيرات، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، الاستجابة للحس والرائحة والتذوق واستخدامها، الخوف والعصبية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى الوظائف المعرفية، آخيراً الانطباع العام . ويتم تسجيل استجابات الطفل على القائمة بعد الانتهاء من مرحلة الملاحظة للطفل المتوحد، وهناك سلم تقدير يحتوي على عدد من الدرجات مكونة من (7) مستويات ابتداء من الدرجة (1) وتمثل الوضع الطبيعي، نهاية بالدرجة (4) وتمثل الدرجة الشديدة لحالة التوحد، ويقع في المنتصف البسيط، والمتوسط، وفي حال عدم التأكد من الدرجة فإنه يمكن أن يحصل الطفل المتوحد على درجة في المنتصف مثل (3.5, 2.5, 1.5) . وبشكل عام

فإن هذه القائمة تفيد في تشخيص أطفال التوحد ومعرفة درجة وجود الصفة لدى الطفل (Pards, 1983)

❖ قائمة شطب لتقدير سلوك الأطفال المتوحدين غير الأسوياء Behavior Rating Instrument For Autistic And Atypical Children (ARIAAC) وقد طورها روتينبرج وآخرون (Ruttenberg et al). وتحتوي القائمة على ثمانية أبعاد فرعية منها، العلاقات مع الآخرين، مهارات التواصل، حركات الجسم، الاستجابات الاجتماعية، النطق واللغة التعبيرية، وللقائمة سلم متدرج من (10) درجات لتسجيل استجابة الطفل، حيث يقوم الملاحظ بمراقبة سلوك الطفل داخل الأسرة بشكل مباشر، ويتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها الطفل في كل فترة (Short, 1986) .

❖ قائمة شطب لأعراض توحد الطفولة المبكرة: Check List Of Symptoms Of Early Infantile Autism.

قام بتطوير هذه القائمة بالون وسبنسر (Balon & Spencer) .وتشتمل هذه القائمة على (30) فقرة موزعة على أبعاد وهي : تحريف (تشويه اللغة)، الانسحاب الاجتماعي، النشاطات المفتقرة إلى الدمج، عدم العصبيةوالأنانية، خصائص العائلة .

ويتم جمع الدرجات التي يحصل عليها الطفل المتوحد، وذلك بهدف معرفة نقاط القوة والضعف، وكذلك المشكلات السلوكية التي يعاني منها (Palon, 1959) .

❖ قائمة الخصائص السلوكية والتربوية للأطفال المتوحدين والمتخلفين عقلياً .

وقام بتطويرها البلشة (1994)، حيث اشتملت على جانبين الاول سلوكي واحتوى على أبعاد هي (السلوك النمطي والروتين، العدوان والتخريب، الانسحاب الاجتماعي، النشاط الزائد، المهارات الاستقلالية والعناية بالذات) . والجانب الثاني تربوي، واشتمل على الأبعاد التالية (ضعف الانتباه وتتابع الاستجابة، البعد المعرفي، المهارات الأكاديمية الأساسية، مهارات التواصل "اللغة والكلام" . حيث أن عدد فقرات القائمة (147) فقرة تغطي (9) أبعاد ويقوم المعلم عادة بتطبيقها على الطفل بعد ملاحظة ومراقبة أنماط السلوك والاستجابات التي يظهرها الطفل، وعن طريق سؤال الوالدين، حيث يتم من خلالها إظهار نقاط القوة والضعف الموجودة لدى الطفل المتوحد، سواء الجانب السلوكي أو التربوي أو كلاهما معاً، وسوف يتم استعراض أبعاد وفقرات القائمة فيما بعد .

❖ قائمة شطب المهارات وأنماط السلوك لدى الأطفال المتوحدين Check List Of Behaviors and Skills For Children Showing Autistic features

وتحتوي في البداية على أسئلة تتعلق بتفاصيل عن التطور المبكر والتاريخ الطبي للطفل. ثم هناك أبعاد تتعرض لها القائمة وهي :

- الملاحظات العامة وتتناول : (الهيئة . المظهر الخارجي . الوضع والحركة. السلوك الاجتماعي. التوجه والمشكلات العامة. الإرشاد) .
- التحكم بالإنتباه ويتكون من : (6) درجات ابتداء من الانتباه السريع. ونهاية بإعطاء الانتباه الكامل والذي يستطيع التحكم به .
- وظائف الحس وتشتمل على: (الإدراك البصري. السمعي. إدراك الجسم. الحد الأدنى من الحس) .
- الوظائف الرمزية غير اللفظية .
- تكوين المفهوم وتحتوي على : (المطابقة واحد مقابل واحد. التصنيف. التجميع. الحجم. التشابه والاختلاف. القياس أو التقدير. الموضع) .
- مهارات التتابع والتناغم وتشتمل على المهارات : (البصرية ، السمعية) .
- النطق واللغة وتشمل : (الجانب الاستيعابي ، التعبيري) .
- الإنجازات التربوية والذكاء ويشتمل على جوانب تربوية في القراءة والكتابة ومفاهيم الأعداد والقدرات الفنية. وكذلك هل هناك نتائج لاختبارات ذكاء طبقت على الطفل . وفي نهاية كل بُعد يتم تلخيص أهم الملاحظات. وكذلك كتابة الأهداف المقترحة لكل بُعد بناء على النتائج التي حصل عليها الطفل (Maureen & Tessa, 1987) .

ومن ناحية أخرى فان هناك العديد من الاختبارات النفسية التي يمكن أن تطبق على الطفل التوحدي من أجل الوقوف على جوانب القوة والضعف لديه . وبما يخدم الأهداف العامة والخاصة للبرنامج التربوي الفردية الذي نخطط لوضعه للطفل . مع الأخذ بعين الاعتبار بأن لا نعتمد على النتائج التي يحصل عليها الطفل التوحدي على الاختبارات بشكل مطلق بسبب طبيعة الخصائص التي يتصف بها . ونمط الاستجابات التي يمكن أن يظهرها أثناء تطبيق الاختبارات عليه ، وكذلك فلا بد من مراعاة نوعية الاختبارات التي نطبقها بحيث أنها تتسم بالأداء أكثر من إعتمادها على المهارات اللغوية . وفيما يلي بعض الاختبارات التي يمكن تطبيقها على اطفال التوحد :

1- اختبار مريل ـ بالمر العقلي : The Merrill -Palmer Scale Mental Testsيستخدم هذا الاختبار مع الأطفال ذوي العمر العقلي الذي يتراوح بين (18) شهرا و (71) شهرا. ويشتمل على اختبارات فرعية، تتراوح مستويات الصعوبة فيها، حيث أن بعضها يحتاج إلى استخدام اللغة والتعبيرات اللفظية، وبعضها يحتاج إلى أداء أو فعل، وقد تم بناء معظم فقرات هذا المقياس من نوع الفقرات الأدائية التي لا يحتاج فيها الطفل إلى اللغة، وخاصة الأطفال الذين لا يستطيعون الإجابة بشكل جيد على الاختبار اللفظي ويستخدم هذا الاختبار العمر العقلي (Mental Age) ويعتمد على السرعة التي يظهرها الطفل المتوحد في الاداء (Everard,1976).

2- مقياس ليتر الدولي للأداء : The Leiter International Performance Scale

طوِّر هذا المقياس ليستخدم مع الطفل الأصم، ويعطى للأعمار ما بين (2-18) سنة. ويتكون من سلسلة بطاقات مصورة، وسلسلة من المجسمات الصغيرة يوجد على كل منها صورة، وعلى الطفل أن يطابق بين الصور في البطاقات مع الصور في المجسمات، حيث يتم عرض بطاقات تحمل الألوان، والأشكال، والأرقام.....الخ، ويكون ذلك في بداية فقرات المقياس، إلى أن تصل درجة الصعوبة إلى القدرة على التصور لهذه الأشكال في ثلاثة أبعاد، ولعل غياب الفقرات اللفظية والتي تعتمد على اللغة في الإجابة عليها يجعله مناسبا للأطفال المتوحدين بحيث لا يجعلهم يشعرون بالملل . .

3- مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي : The Vineland Social Maturity Scaleيتألف هذا المقياس من ثمانية أبعاد وهي الكفاية الذاتية، تناول الطعام، ارتداء الملابس، توجيه الذات، التنشئة الاجتماعية، المهنة و الاتصال،التنقل .

ويتم مقابلة الشخص الذي يعرف الطفل، ويكون هناك كتيب يحتوي على فقرات يمكن من خلالها الاستفسار والسؤال عن السلوكات التي يقوم بها الطفل، ومدى اتقانه لهذه السلوكات في الأبعاد المختلفة، ويستخدم هذا المقياس، لأن فقراته في معظمها تعتمد على الاستيعاب واستخدام اللغة، وكما هو معروف، فإن الأطفال المتوحدين يعانون من ضعف في هذا الجانب .

4- اختبار الينوى للقدرات النفس لغوية The Illinois Test Of Psycholinguistic Abil-ities يغطي هذا الاختبار الأعمار من سنتين وثلاثة أشهر إلى تسع سنوات وثلاثة أشهر. وتتكون أدواته من بطاقات عليها صور، ويفترض هذا الاختبار أنه بالإمكان تجزئة

القدرات اللغوية في مهارات مختلفة. بحيث يمكن فحص كل مهارة لوحدها . وهناك اختبارات فرعية تقيس مختلف الجوانب اللغوية من الكلمة والصورة. إلى العلاقة بين الصورة والكلمات، وإعطاء استجابات لفظية. وقياس الذاكرة البصرية ، ويمكن الإشارة هنا إلى أن طريقة تقديم الاختبار بتجزئته يمكن أن تكون مفيدة للأطفال المتوحدين، والذين لديهم مشكلات واضحة في اللغة (Everard,1976

5- تقدير اللغة من خلال سلوك اللعب : -Assessment of Language through Play Be havior طورت ماري (Mary) ميكانيكية لملاحظة سلوك اللعب لدى الأطفال من سن (1-4) سنوات. وتتكون الأداة التي استخدمتها من موضوعات شائعة مثل الشرب بالكأس، دمى صغيرة لحيوانات وآثاث . وتعتمد الدرجة التي يحصل عليها الطفل على مدى فهمه واستيعابه للموضوعات المقدمة له، وهل يفهم أهدافها. حيث يتم ملاحظة السلوك الذي يقوم به الطفل. وبناءً عليه يتم تقدير الدرجة التي يحصل عليها .

ويمكن من خلال هذه الطريقة تعليم الطفل على الرموز. وخاصة الأطفال المتوحدين الذين تنقصهم المهارات اللغوية. فإن مثل هذه الألعاب تفيدهم بدرجة كبيرة في تمثيل ما يريدونه، ويعبرون عنه عن طريق قيامهم بالسلوك المناسب (Everard,1976)

ولعل مثل هذه المقاييس تظهر أهميتها في التعرف على الخصائص السلوكية والتربوية لأطفال التوحد، حيث تشير في معظم فقراتها إلى المهارات والنشاطات التي يمكن ملاحظتها ومراقبتها أثناء قيام الطفل التوحدي بها ، وذلك يعني أن لدينا حصيلة من المعلومات والملاحظات التي يمكن توظيفها بشكل عملي في وضع البرنامج العلاجي السلوكي والتربوي الفردي المناسب للطفل، من خلال اعتمادها كأهداف طويلة المدى وقصيرة المدى لتوجيه العمل مع الطفل في البرنامج المخصص له . (البلشه، 2001)

من خلال ما سبق فإنه يمكن القول بأن عملية التشخيص والتقييم الشاملة بجوانبها المختلفة (الطبية ، والسلوكية ، والتربوية) تساعدنا على توظيف المعلومات وتوجيه الجهود للتحضير لبرنامج علاجي مناسب للطفل، يمكن من خلاله تحقيق الأهداف المرجوة، وهذا يشير إلى أهمية عملية التشخيص وقدرتها على توجيه العمل في البرنامج .

ثالثاً: التشخيص الفارقي :

عند العمل على تشخيص حالات التوحد فانه لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات المشابهة لحالات التوحد، وذلك بسبب التشابه في الأعراض والخصائص

السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى مثل فصام الطفولة والاعاقة العقلية، والعصاب، والاعاقة الانفعالية الشديدة. حيث أن مثل تلك الاضطرابات يمكن أن يظهر فيها الطفل نفس الخصائص أو بعضها بما يتشابه وأعراض التوحد. والهدف الرئيسي من تلك العملية ليس إعطاء تسمية لنوع الاضطراب بشكل أساسي. ولكن الأهم هو العمل على إختيار البرنامج السلوكي والتربوي المناسب لحالة الطفل. وبناء على الخصائص السلوكية والتربوية التي يظهرها. وكذلك القدرة على التنبؤ بطبيعة الاستجابات التي يمكن أن يظهرها الطفل. والمستقبل لحالته، حتى يتم التعامل بصورة أفضل بناء على وضع الأهداف المناسبة للطفل تبعا لحالته .

وكذلك فانه يمكن التطرق الى مجالين في التشخيص الفارقي ، أولهما : التشخيص الفارقي لإضطراب التوحد وما يسمى حاليا بإضطراب طيف التوحد (A S D) . حيث أنه يتكون من خمسة أنماط أو أشكال يمكن أن يظهر فيه الاضطراب وهي :

1- التوحد التقليدي : (Autism) وهو ما يظهر لدى الأطفال في الثلاث سنوات الأولى ويكون لديهم مشكلات في التفاعل الاجتماعي. والتواصل واللعب والسلوك .

2- اضطراب ما يسمى (بطيف التوحد) (Autism Spectrum Disorder (ASD)) ويشتمل على :

■ اضطراب النمو الشامل غير المحدد :

(Pervasive Developmental Disorder _ Not Otherwise Specified)(PDD _ NOS)

والذي يشتمل على العديد من مظاهر التوحد. ولكن في الأغلب يكون من الدرجة البسيطة وليس الشديدة أو الشاملة لكل جوانب الاضطراب. ولعل أهم الجوانب التي يظهر فيها الاضطراب لدى هؤلاء الأطفال هي الجوانب الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي. ومن جهة أخرى فان هناك ضعف واضح في المهارات اللفظية وغير اللفظية.

■ متلازمة ريت : (Rett Syndrome)

يكون النمو في البداية يكون طبيعيا من حيث الجوانب الحركية ومحيط الرأس. ويظهر بعد ذلك بطئ في نمو الرأس بين (5-48 شهرا)، وفقدان للقدرات مثل استخدام اليدين بطريقة صحيحة. وفقدان للترابط الاجتماعي . وعدم السيطرة على حركات مثل المشي الصحيح. وفقدان في الجانب اللغوي سواء الاستيعابي أو التعبيري، ويظهر لدى الإناث .

الطبيب النفسي ... الخ) والأخصائي النفسي . وأخصائي التربية الخاصة، والأخصائي الاجتماعي، والمعالج الوظيفي، ومعلم التربية الخاصة، وأخصائي النطق واللغة، والأسرة ... الخ . ويمكن الاستعانة ببعض التخصصات حسب ما تقتضيه حالة الطفل التوحدي .

البرامج العلاجية

هناك العديد من البرامج العلاجية التي تم تطويرها للعمل مع أطفال التوحد، وكما تم الإشارة فإن هناك عدد من البرامج العلاجية في مجالات مختلفة يمكن التحدث عنها ومنها ما يختص بالعلاج الطبي والبيولوجي، ويستند هذا الجانب إلى وجود أسباب عضوية محتملة يمكن أن تكون مسببة للاضطراب. ومنها ما يعتمد على استثارة الحواس لدى الأطفال التوحديين، ومنها ما يتطرق الى الجوانب السلوكية والتربوية كأساس يتم من خلاله تقديم البرامج العلاجية .

- المنحى الطبي والجسمي :

وفيما يتعلق بالجانب الطبي والجسمي فإنه إلى الآن لم تجد الدراسات التي أجريت بهذا الصدد تأكيداً على نجاح استخدامه مع كل الأطفال الذين تم تعريضهم لبعض أنواع العلاج الطبي مثل هرمون السكرتين (Secretin) والفيتامينات (B6, &Magnesium) وغيرها . بالرغم من ظهور تحسن في مستوى أداء بعض الأطفال المتوحدين الذين تناولوا جرعات من الأدوية . (lighldale, 2001) . (Pfeiffer, 1995)

ومع ذلك فإنه لا بد من القول بأن مثل هذه العلاجات يمكن أن تساعد في بعض الحالات ، ولكن ذلك يجب أن تقترن وترتبط بشكل مباشر مع البرامج السلوكية والتربوية الخاصة بأطفال التوحد .

وكذلك فقد ظهرت العديد من الأبحاث التي حاولت أن تبين بأن هناك خللا عضويا في عمليات الأيض كما أشار بول شاتوك (Paul shattock,1997) ورفاقه بأن أساس اضطراب التوحد أيضي (Autism as a metabolic disorder) . وحسب وجهة النظر هذه فإم التوحد يحدث نتيجة تأثير الببتايد (Peptide) وهي مادة تنشأ من البروتينات نتيجة الهضم، وتحدث نتيجة التحليل غير المكتمل أثناء العملية الأيضية لبعض أصناف الطعام، وتحديدا لمادة الجلوتين (Gluten) وهو بروتين من القمح ومشتقاته، والكيسين (Casien) وهو بروتين الحليب ومشتقاته، ويعمل ذلك على تخدير التوصيل العصبي.

حيث يؤثر ذلك على الجهاز العصبي المركزي ويحدث اضطرابا في وظائفه مما ينتج عنه عددا من الاضطرابات المعرفية والتواصلية والاجتماعية وفي القناة الهضمية .

- **المنحى الحسي (التكامل الحسي)**

وفي المقابل فإن هناك أيضاً العديد من الأساليب والطرق العلاجية والتي لا يمكن وصفها بأنها علمية وتستند إلى ثوابت محددة في العمل مع أطفال التوحد. ولكنها لاقت اهتماماً واستحساناً من بعض الباحثين والعاملين في المجال مثل العلاج بالتكامل الحسي (Sensory Integration Therapy) والعلاج الحسي حركي (Sensory -Motor Therapies) (Catherine. 1996).

وتعتبر مثل هذه الطرق غير رسمية ولا يمكن الاعتماد عليها بشكل مباشر في وضع البرامج العلاجية التربوية والسلوكية لدى أطفال التوحد. وهي بحاجة إلى العديد من الخصائص لدى الطفل التوحدي قبل بداية تطبيقها. مثل الانتباه. التواصل. والقدرة على استخدام اللغة. وعادة مثل هذه الصفات لا تكون موجودة لدى معظم الأطفال المتوحدين في بداية تطبيق البرنامج .

- **المنحى السلوكي والتربوي :**

أما فيما يتعلق بالبرامج العلاجية السلوكية والتربوية التي يمكن وصفها بأنها علمية ورسمية. يمكن استخدامها مع أطفال التوحد بغض النظر عن مستوى الأداء الحالي للطفل في الجوانب السلوكية والتربوية المختلفة . ومن هذه البرامج :

أولاً: برنامج المهارات السلوكية والتربوية للأطفال المتوحدين Treatment and Education Of Autistic and Related Communication handicapped Children (TEACCH)

ويشتمل هذا البرنامج على جانبين وهي :

1- الجانب التربوي ويتضمن أبعاد متنوعة مثل (التقليد . الإدراك . المهارات الحسية . المهارات الحس حركية الدقيقة . التآزر بين العين واليد . المهارات المعرفية اللفظية) .

2- الجانب السلوكي : (الاعتماد على الذات . المهارات الاجتماعية . السلوكيات السلبية).

ويلاحظ على هذا البرنامج شمولية وتغطية للعديد من الجوانب الحياتية والنشاطات والمهارات المعرفية والاجتماعية ...الخ . من خلال الفقرات التي تستند كذلك إلى التطور

النماتي في مجملها ، والتي تساعد الطفل التوحدي على تحسين نقاط الضعف لديه بشكل متسلسل ومنظم، مما يساعده على الاحتفاظ بالمهارات التي يكتسبها بطريقة أفضل .

كذلك فإنه يمكن أن يتم توظيف الفقرات في البرنامج العلاجي التربوي والسلوكي الفردي للطفل التوحدي، والاعتماد على فقراته في اختيار الأهداف العامة والتعليمية التي سوف يتم العمل بها مع الطفل ضمن البرنامج اليومي له .

ثانياً: برنامج تعديل السلوك ، والتحليل السلوكي التطبيقي / (Behavior Modification Applied Behavior Analysis (Catherine ,1996)

لقد ركزت العديد من الدراسات والأبحاث على أهمية استخدام إجراءات تعديل السلوك وتناسبها مع المواقف التعليمية وذلك للأسباب التالية :

- أنها ذات طابع تطبيقي، حيث تركز على حاجات الأطفال التعليمية وخاصة نقاط الضعف والقوة التي يتم ملاحظتها على الطفل .
- وهي تعتمد على أسس موضوعية وليست على انطباعات أو تفسيرات داخلية وذلك يزيد من فعاليتها .
- وتشترك الأسرة في عملية العلاج والتدخل .
- وهي تعتمد كذلك على مبادئ وأسس التعلم .
- وعلى الصعيد الميداني فقد تم إثبات فعاليتها في تعليم أطفال التوحد عدد من السلوكيات التكيفية في المجتمع الذي يعيشون فيه (Dunlap ,1979)

وفيما يلي بعض الطرق التي يمكن من خلالها زيادة وتطوير المهارات السلوكية والتربوية لدى أطفال التوحد من خلال تعديل السلوك :

أولاً : التعزيز :

ويمكن تعريفه على أنه الإجراء الذي يؤدي فيه حدوث السلوك إلى توابع إيجابية أو إلى إزالة توابع سلبية، والذي يترتب عليه زيادة احتمال حدوث السلوك في المستقبل في الواقف المماثلة . وبناء على ذلك فإن هناك نوعين من التعزيز الأول إيجابي والثاني سلبي . وعادة ما يتم استخدام التعزيز الإيجابي في المواقف التعليمية المختلفة للطفل (Deleon, 2001).

وكذلك فإن هناك أشكالاً للتعزيز منها المادية والرمزية، والاجتماعية والنشاطية، وهناك

طرق لاختيار المعززات المناسبة لكل طفل سواء عن طريق الآخرين أو ملاحظة الطفل نفسه.

ولا بد عند استخدام التعزيز الأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز مثل فورية التعزيز، وانتظامه، وكميته. ومستوى الحرمان والإشباع لدى الطفل. ودرجة صعوبة السلوك. والتنويع في استخدام التعزيز. ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في البيئة .

ومن ناحية أخرى فإنه لا بد من مراعاة جداول التعزيز التي يتم استخدامها مع الطفل وخاصة المتقطعة حيث أثبتت أنها فعالة أكثر من جداول التعزيز المتواصلة، وخاصة جدول الفترة الزمنية المتغيرة ضمن الجداول المتقطعة .

مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية استخدام مثل هذه الجداول بناء على طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي، وكذلك القدرات التي يتمتع بها. ومن ناحية أخرى مراعاة نوعية المهارة التي يتم التدريب عليها ومستوى درجة الصعوبة فيها، فعلى سبيل المثال فان المهارات الاجتماعية التي يمكن تدريب الطفل التوحدي عليها يجب أن تكون بسيطة. ويمكن تعلمها وممارستها بسهولة حتى نضمن استمرارية الاستجابة لدى الطفل التوحدي، مثل أن يتم تدريبه على البقاء ضمن مجموعة لفترة زمنية يتم زيادتها بشكل تدريجي حتى يتم تحقيق المدة الزمنية الموضوعة في الخطة الفردية للطفل التوحدي .

وتجدر الإشارة إلى أهمية استخدام إجراءات التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى. وكذلك للسلوك النقيض، والنقصان التدريجي، والذي يمكن من خلالها التركيز على السلوكيات الإيجابية وتدعيمها أكثر من السلوكيات السلبية، وذلك يعطي فرصة أكبر للطفل لأن يسلك بطريقة مناسبة ويساعد على اتقان المهارات السلوكية والتربوية .

ثانياً : التلقين والإخفاء :

وهو إجراء يشتمل على استخدام مؤقت لمثيرات تمييزية إضافية بهدف زيادة احتمال تأدية الفرد للسلوك المستهدف . حيث أنه يتضمن حث الفرد على أن يسلك على نحو معين والتلميح له بأنه سيعزز.

حيث لا بد من العمل على إلغاء التلقين بشكل تدريجي (الإزالة التدريجية) بهدف مساعدة الفرد على تأدية المهارة باستقلالية، وهناك أنواع للتلقين اللفظي، الايمائي، والجسدي .

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار أن هذا الإجراء لا يمكن استخدامه مع كل أطفال التوحد، وكذلك لا بد من اختيار نوع التلقين حسب قدرة الطفل التوحدي وطبيعة المشكلات السلوكية التي يعاني منها، وأيضاً تتطلب من الطفل التوحدي تواصلاً اجتماعيا من الدرجة البسيطة، مثل أن ندرب الطفل التوحدي على الاستجابة لإسمه في حال المناداة عليه .

ثالثاً : التسلسل :

وهو الإجراء الذي من خلاله نساعد الفرد على تأدية سلسلة سلوكية بتعزيزه عند قيامه بمجموعة الحلقات التي تتكون منها السلسلة على نحو متتال، ونرى ذلك واضحاً فيما يتعلق بطريقة تحليل المهارة في الخطة التعليمية الفردية، فهناك إجراءات متسلسلة (أهداف فرعية) من خلالها يمكن الانتقال من الهدف الفرعي الأول إلى الثاني فالثالث حتى الوصول إلى الهدف الأخير الذي يمكن وصفه بأنه الهدف التعليمي الفردي الذي وضع للطفل .

ويمكن تعليم الطفل التوحدي على أخذ أو إعطاء الأشياء (المكعبات) مثلا للمعلم من بداية المكعب الأول حتى يصل إلى المكعب الأخير وبشكل متسلسل من مسك المكعب وإعطاءه للمعلم وانتظار وضعه في العلبة ثم الثاني والثالث إلى المكعب الأخير، بهدف تعليم الطفل التوحدي الاستجابة للأوامر والتفاعل بصورة بسيطة مع الآخرين من حوله .

رابعاً : النمذجة :

ويعرف على أنه التغير في سلوك الفرد الذي ينتج عن ملاحظة لسلوك الآخرين، ويطلق على هذا الإجراء مسميات مثل التعلم بالملاحظة، التعلم الاجتماعي، التقليد ....الخ .

والنمذجة إما أن تكون عفوية أو موجهة ومنظمة نحو هدف معين حيث يمكن أن يكتسب الطفل من خلال هذا الإجراء سلوكيات جديدة، أو أن تقل أو تزيد سلوكيات موجودة لديه أصلاً.

وهناك أنواعا للنمذجة مثل النمذجة الحية، المصورة، والنمذجة من خلال المشاركة، وكذلك فإن هناك عوامل تزيد من فعالية النمذجة أهمها (انتباه الملاحظ للنموذج، ودافعية الملاحظ، والقدرة على تقليد السلوك النموذج من قبل الملاحظ، وقدرة الملاحظ على الاستمرارية في تأدية السلوك بعد اكتسابه .

وبالنظر إلى أطفال التوحد، وفعالية استخدام مثل هذا الإجراء، فإنه لا بد من الأخذ

بعين الاعتبار عدداً من الخصائص والصفات الموجودة لدى أطفال التوحد والتي قد تساعد أو لا تساعد على استخدام هذا الإجراء مثل. مدى تقبل الطفل لملاحظة الآخرين. وجوده ضمن مجموعة . نوع التواصل الموجود لديه مثلاً مع الكبار الآخرين . التلفاز ...الخ . قدرته على تقييم الاستجابات حيث أن مثل هذه العوامل يجب أن تراعى عند استخدام هذا الإجراء حتى يتم ضمان فعالية هذا الإجراء. ونجاح استخدامه لإكساب الطفل التوحدي بعض السلوكيات الاجتماعية الإيجابية. مثلاً يمكن أن نستخدم هذا الإجراء لتعليم الطفل اللعب مع أطفال آخرين بالكرة. (رمي ولقف الكرة) ثم تقديم تعزيز يتناسب مع رغبات وحاجات الطفل التوحدي .

خامساً : التشكيل :

وهو الإجراء الذي يشتمل على التعزيز الإيجابي المنظم للاستجابات التي تقترب تدريجياً من السلوك النهائي بهدف إحداث سلوك غير موجود .

ويفترض هذا الإجراء وجود سلوكيات لدى الطفل. ويأتي دور الأخصائي في اختيار وانتقاء السلوكيات القريبة من السلوك المراد تعليمه حتى يصل إلى تحقيق الهدف المطلوب منه .

والاستخدام الفعال لسلوك التشكيل يتم من خلال :

1- تحديد وتعريف السلوك المستهدف .

2- تحديد وتعريف معززات فعّالة .

3- اختيار معززات فعّالة .

4- استمرارية تعزيز السلوك المدخلي إلى أن يصبح معدّل حدوثه مرتفعاً .

5- الانتقال التدريجي من مستوى إلى آخر (Paul, 1995)

تحليل السلوك التطبيقي : Applied Behavior Analysis

ويعتبر إجراء تحليل السلوك التطبيقي (ABA) أحد الأساليب الفعالة والتي يمكن استخدامها مع أطفال التوحد في تعليم المهارات الاستقلالية والاجتماعية والمعرفية والادراكية والحركية وكذلك المشكلات السلوكية التي تظهر لدى أطفال التوحد .

ولعل ما يميز تحليل السلوك التطبيقي أنه إجراء يعتمد على تحليل السلوك وفهمه

والعمل على تطبيقه ضمن إجراءات منظمة تصل في النهاية إلى تحقيق الأهداف التعليمية التي يتم وضعها للطفل بناء على ملاحظات موضوعية يتم جمعها من الطفل والاستفادة منها في تطبيق الإجراء (Paul, 1995)

لقد طور لوفاس (Loves ,1973) ، إجراءات مفصلة في تعديل السلوك لمعالجة أطفال التوحد، حيث اعتمدت إجراءات المعالجة على عدد من البدائل الناجحة والفعالة ومنها :

1- تقديم معززات أولية كالطعام .

2- تقديم معززات استجابية مثل أبعاد النظر عن الطفل عندما يقوم بالسلوك غير المرغوب فيه .

3- تعزيز السلوكيات التي تتعارض مع السلوكيات غير المناسبة .

4- العمل على نمذجة السلوك الملائم وخصوصاً اللغة (Oleary &Wilson, 1975)

وقد أشار لوفاس (Loves) إلى أهمية إشراك الوالدين في عملية تدريب الطفل، حيث أن استمرارية حدوث السلوك لدى الأطفال المتوحدين والذين تعرض والديهم إلى دورات تدريبية يتم من خلالها تعليم الوالدين إجراءات تطبيق البرنامج مع الطفل التوحدي . كانت أكثر من الأباء الأمهات الذين لم يتلقوا التدريب المناسب (Wing, 1976)

ومن جهة أخرى فإن تحليل السلوك التطبيقي ، يقوم على تجزئة المهارة إلى أجزاء (أهداف فرعية) ويتم تدريب الطفل عليها إلى أن يتحقق كل هدف فرعي، ومن ثم يتم الانتقال إلى الهدف الفرعي التالي، وهكذا إلى أن يصل الطفل إلى إتقان المهارة (الهدف النهائي) بشكل كلي .

وحيث أن تحليل السلوك التطبيقي هو أحد إجراءات تعديل السلوك ، فانه لا بد في البداية من ملاحظة السلوك المستهدف والذي يراد تغييره لدى الطفل، وكذلك قياسه بالمستوى الحالي الموجود فيه، وتحليله إلى أجزاء حتى يسهل التعامل معه، وتوجيه التدريب لتحقيق الهدف بشكل مباشر، ثم يتم اختيار الإجراء السلوكي المناسب لتعديل السلوك، ويأتي بعد ذلك أهمية متابعة الملاحظة وجمع المعلومات عن التغيير الذي طرأ على سلوك الطفل، ويتم تسجيل هذا التغيير بتمثيل بياني يبين الفرق في مستوى الأداء في بداية التدريب وعند الانتهاء منه .

- **البرنامج التربوي الفردي :**

ومن جهة أخرى فإنه لا بد من توجيه ابرامج العلاجية السلوكية والتربوية إلى برنامج تربوي فردي ، حيث أن ذلك يعتبر واحداً من الأسس الهامة للعمل مع الأطفال التوحديين على اعتبار أنهم ذوي احتياجات خاصة ، وأن كل طفل يتصف بخصائص سلوكية وتربوية مختلفة عن الطفل الآخر .

وبناءً علية فإنه لا بد من العمل على وضع برنامج تربوي للطفل التوحدي يعنى بتحديد الأهداف التعليمية الخاصة في ضوء احتياجات وقدرات كل طفل على حده . حيث أنه بداية يجب مراعاة المناهج التي توضع لأطفل التوحد وأن تكون مناسبة لطبيعة الخصائص والصفات السلوكية والتربوية التي تم ملاحظتها سابقا قبل العمل على إعداد البرنامج الفردي والعمل به. ويمكن التطرق بالنسبة للمنهاج الى النقاط التالية :

اعتبارات في بناء المنهاج للأطفال المتوحدين :

تعتبر عملية إعداد منهاج خاص بالأطفل التوحديين قضية خلافية ، ومثيرة للجدل بين الاختصاصيين والتربويين ، حيث يلجأ بعضهم إلى إعداد المنهاج بناءً على نماذج نمائية للأطفال العاديين ، ويقول آخرون بأن تطورهم غير عادي وهم بحاجة إلى مناهج خاصة ، ويرى البعض بأن المهارات الوظيفية والكيفية التي يتم تعليمها في ظروف عادية هي الأساس في بناء منهاج للأطفال التوحدين .

وتجدر الإشارة إلى أنه قد وجد أن الأطفال التوحديين يتعلمون أفضل عندما يتم تقديم المهمات أو المهارات على شكل عناصر أو أجزاء صغيرة وبشكل متتابع حتى يتم الوصول إلى مرحلة الإتقان .

وتتباين المناهج التعليمية الموضوعة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام في جوانب أهمها (المدى العمري ـ الإعاقة ـ الجانب النمائي ـ الأساس النظري ـ طريقة أو أسلوب استخدام المواد) . ومن ناحية أخرى فان الجانب الأساسي والمهم في اختيار المنهاج الملائم هو المعرفة والإلمام بالجوانب الرئيسية التالية:

- حاجات ومتطلبات الطفل : فلا بد من مراعاة خصوصية اضطراب التوحد عند بناء المنهاج ، والأخذ بعين الاعتبار نقاط مثل (تحديد المرحلة العمرية التي ظهر فيها الاضطراب، غياب مهارات التعلم الاجتماعية وكذلك المهارات اللغوية، المشكلات الحسية المختلفة المصاحبة، المشكلات السلوكية والروتين والتعامل الغير عادي مع

الأشياء)، حيث أنها تلعب دورا كبيرا في تحديد جوانب وأولويات في اختيار الأهداف والبرامج العلاجية التي تتناسب وطبيعة الخصائص السلوكية والتربوية.

-الكادر الوظيفي : يحتاج الأطفال التوحديين لتعلم منظم للمهارات الأساسية ، ويكون ذلك عن طريق التدريب الفردي (واحد لواحد) أو اثنين لواحد . بهدف تركيز الجهود المبذولة مع الطفل التوحدي للتعامل بشكل أفضل مع البيئة الصفية . ولسوء الحظ فانه من الصعب توفير أعداد كبيرة من المعلمين والاختصاصيين للعمل بشكل مستمر، لذا فانه لا بد من إيجاد بدائل يمكن أن تساعد في عملية التدريب كاللجوء إلى تقسيم العمل على فريق متعدد التخصصات ، والاستانة ببعض المتطوعين .

- التخطيط الإداري : وهناك بعض الإجراءات والعناصر التي يجب أن تراعى عند تخطيط وبناء المنهاج . ويمكن الإشارة إلى عناصر مثل (نوع الخدمة المقدمة ضمن برنامج يومي / تحديد عدد ساعات التعليم في اليوم / الإشراف / التدريب أثناء الخدمة للعاملين ، مراقبة البرامج واستمراريتها/ التغذية الراجعة / تقييم تقدم الطفل ... الخ) (Sheila,1999)

محتويات (مكونات) المنهاج :

- السلوك الغير تكيفي : ونعني بذلك أنماط السلوك الشاذة التي يظهرها الطفل التوحدي.
- مهارات الانتباه : والقدرة على التركيز وتتابع الاستجابة للمهارات، وإنهاء المهمات المطلوبة من الطفل.
- المهارات اللغوية : مثل اللغة الاستيعابية . واللغة التعبيرية ، وصياغة المفهوم .
- المهارات الحركية : مثل (المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة) .
- المهارات الاجتماعية : والتي تبدأ من مشاهدة الآخرين ، ووصولا بالبقاء معهم ،والتفاعل الإيجابي ضمن المجموعة .
- المهارات الأكاديمية ومهارات ما قبل الأكاديمية : مثل التعرف على الأحرف والأرقام ... الخ . ومهارات القراءة والكتابة والحساب .
- المهارات الحياتية والثقافية : مثل المهارات الاستقلالية والعناية بالذات . والتعامل مع متطلبات المجتمع وعاداته ...الخ .
- المهارات المعرفية والادراكية : ويتعلم الطفل العمليات العقلية كالتصنيف، والتمييز ، والمطابقة .. الخ.

- المعلومات العامة : وهي المعرفة بالأشياء العامة والتي يتعامل معها المجتمع ، مثل التعرف على الأماكن العامة ، وأرقام الهواتف .
- الأنماط السلوكية المدرسية : وتدريب الطفل على أنماط سلوكية إيجابية مثل الوقوف في طابور ، انتظار الدور ..الخ.
- التأهيل المهني ، والتدريب على مهارات التهيئة المهنية والتشغيل المهني حسب قدرات الطفل واستعداداته .

أهمية البرنامج التربوي الفردي :

1- البرنامج التربوي الفردي يعمل بمثابة وثيقة مكتوبة الهدف منها حشد الجهود التي يبذلها الاختصاصيين لتدريب الطفل وتعليمه .

2- يقدم البرنامج التربوي الفردي الضمانات الكافية لاشتراك أسرة الطفل في العملية التربوية الخاصة كأعضاء في الفريق .

3- يوجه البرنامج التربوي الفردي الاختصاصيين للأخذ بعين الاعتبار الإنجازات المستقبلية المتوقعة من الطفل عن طريق التنبؤ بدرجة تحسن أداء الطفل من خلال الأهداف السنوية العامة.

4- البرنامج التربوي الفردي يعين بوضوح مسؤوليات كل اختصاصي فيما يتعلق بتنفيذ الخدمات التربوية الخاصة .

5- يركز البرنامج التربوي على أهمية استخدام الأساليب الفعالة والملائمة لتدريب وتعليم الطفل .

6- يفترض البرنامج التربوي الفردي تقديم الخدمة للطفل نفسه وليس للفئة المشابهة له من حيث طبيعة الخصائص السلوكية والتربوية .

7- يبين البرنامج التربوي الفردي مدى ملائمة وفعالية الخدمات المقدمة للطفل (for-ness,1979)

8- محتويات البرنامج الفردي :

- وصف المستويات الحالية للأداء في التكيف الاجتماعي . المهارات الاستقلالية . المهارات النفس حركية . المهارات الأكاديمية ... الخ .

- وصف الأهداف العامة (السنوية) التي يراد تحقيقها في نهاية العام أو الفصل .
- وصف الأهداف قصيرة المدى (التعليمية) والتي تكون قابلة للقياس .
- وصف الخدمات المحددة التي يحتاجها الطفل ، مثل الخدمات التأهيلية والتربوية المباشرة وغير المباشرة ، والخدمات المساندة ، والوسائل والأدوات التعليمية والتدريبية.
- تحديد موعد البدء بتقديم الخدمات . ومدة تقديم تلك الخدمات .
- وصف إمكانات دمج الطفل ونوع الدمج (إذا أمكن) في البيئة العادية .
-تحديد المعايير الموضوعية والإجراءات التقويمية ، والجداول الزمنية لتحديد مدى تحقيق الأهداف قصيرة المدى (الأهداف التعليمية) .
- تقديم المبررات التي يتم من خلالها اختيار الأوضاع والأساليب التعليمية .
- تحديد الأشخاص المسؤولين عن تنفيذ البرامج التربوية والتأهيلية الفردية .

الأبعاد الإدارية التنظيمية للبرامج التربوية :

- لا يقتصر تطوير البرنامج التربوي الفردي على اختصاصي التربية الخاصة . وإنما يجب أن يشارك كافة الاختصاصيين في وضع البرنامج كل في مجاله .
- لا بد من وجود منسق لإدارة الحالة ، والإشراف عليها من قبل الاختصاصيين .
- التعامل مع البرنامج التربوي الفردي كخطة مؤقتة ، حيث يجب أن يكون هناك إعادة تقييم بين فترة وأخرى .
- يجب التأكيد على الأبعاد النفسية في البرنامج كما يتم التركيز على باقي الأبعاد (عبيد، 2001).

مراحل إعداد الخطة التربوية :

أولاً : التقويم (التقييم) : ويمكن الإشارة في هذه المرحلة إلى جانبين أساسين :

1- تحديد مستوى الأداء الحالي :

- حيث يعتبر حجر الزاوية في عملية التربية الخاصة فهو يبين لنا من أين سوف نبدأ .
- ويتطلب جمع معلومات لاتخاذ القرارات الملائمة من خلال الاختبارات وإجراء المقابلات والملاحظات .

- ويتم جمع المعلومات لتقرير مستوى الأداء الحالي عن طريق :
- الكشف .
- التشخيص والتصنيف واختيار الوضع المناسب .
- التخطيط والتعليم .
- تقييم تطور أداء الطفل .
- تقييم فعالية البرنامج وإعادة التقييم .

وهناك بعض التوجيهات الخاصة بالتقييم التربوي ـ النفسي في ميدان التربية الخاصة:

o اختيار الاختبارات وأدوات التقييم المناسبة التي تخلو من التحيز .

o تطبيق الاختبارات بلغة المفحوص أو بطريقة التواصل التي يستخدمها .

o تمتع الاختبار المستخدم بصدق المحتوى .

o تطبيق الاختبارات من خلال اختصاصيين مدربين على ذلك .

o يجب أن تكشف الاختبارات عن مواطن القوة والضعف عند الطفل .

o ضرورة تطبيق أكثر من اختبار .

o يجب أن تقيم الاختبارات حاجات تربوية محددة .

o التقييم الشامل من خلال اختصاصيين .

o يجب تقييم الطفل فرديا .

o تطوير وتصميم اختبارات متنوعة .

o التركيز على جمع المعلومات التي لها علاقة بالعملية التربوية .

o يجب تحليل استجابات الطفل على الاختبارات (البسطامي،1995)

2- تحديد السلوك المدخلي :

- ويتم التركيز على الجوانب التي تؤثر في أداء الطفل في المواقف التعليمية مثل الانتباه ـ الذاكرة ـ أشكال وطرق التدريس .
- ولا بد من اختيار المثيرات المناسبة والأنشطة أو النشاط الذي يعمل على تهيئة الطفل للبدء بالبرنامج .

ثانيا : الأهداف التربوية والأهداف التعليمية :

- الأهداف التربوية (العامة ، السنوية) :

1- ويمكن وصفها على أنها عبارة عن ترجمة المعلومات والبيانات التي تم تجميعها إلى مجموعة من الأهداف التربوية .

2- وهي وصف لما يتوقع أن يكتسبه الطفل من مهارات ومعارف خلال فترة سنة أو فصل من بدء تقديم الخدمات للطفل .

3- وتعتبر بمثابة أسئلة لا بد من الإجابة عليها ، وتكون أساس في عملية بدء الخدمات مثل (ما هي الأهداف المهمة التي سوف نحاول تحقيقها ؟ / هل هذه الأهداف ذات قيمة بالنسبة للطفل ؟ / ماذا يحتاج الطفل أن يعرف ويفعل حتى يكون ناجحا ؟) .

4- ويمكن الإشارة كذلك إلى أنه يمكن اعتبار الفلسفة التربوية المتبناة والمعلم مصدران أساسيان لتحديد الأهداف العامة .

- الأهداف التعليمية :

1-تعتبر الأهداف التعليمية مرحلة من مراحل الهدف العام .

2- والهدف التعليمي هو الهدف السلوكي المباشر الذي يتعلمه الطفل ويتقنه في نهاية موقف تعليمي أو نشاط معين .

3-ويمكن اعتبار أن مجموعة الأهداف التعليمية تشكل معا هدفا تربويا عاما .

4- والأهداف التعليمية هي السلوك النهائي أو الأداء المتوقع أن يحققه الطفل .

5- وصياغة الأهداف التعليمية تكون وفق شروط محددة مثل (وجود الصياغة اللغوية الواضحة والمحددة والتي تبدأ بعبارات إجرائية / السلوك النهائي محدد وقابل للقياس والملاحظة / شروط ومواصفات واضحة لتعليم الطفل السلوك ، المكان ، الشرط ، الظرف ... الخ / يجب أن يكون هناك معيارا لقياس تحسن أداء الطفل) .

ثالثا : اختيار أساليب التدريس والوسائل والأنشطة التعليمية :

- مراعاة اختيار الطرق والأساليب التي تتفق مع خصائص الطفل وحاجاته وميوله وقدراته وسرعته في التعلم ، وكذلك تكون مناسبة لطبيعة المشكلات التي يعاني منها .

- أساليب التدريس يجب أن تتفق مع قدرات الطفل وتؤدي إلى تحقيق الأهداف الموضوعة له ، ويكون ذلك من خلال الأنشطة التعليمية المختلفة التي تعرض على الطفل .

- تحديد مستوى الأداء الحالي يساعد على اختيار طريقة تدريس الطفل من حيث فهم طريقة الاستجابة ومستوى الدافعية لديه .

- السلوك المدخلي الذي يتم تحديده لدى الطفل يعتبر الأسلوب والطريقة المناسبة الممكن اتباعها مع الطفل في التدريب (عبيد، 2001).

رابعا : تحديد أشكال الخدمات الأخرى المصاحبة :

- ويتم عادة بناء على تكامل الجوانب التي يغطيها المنهاج .

- ويمكن أن يحتاج الطفل إلى خدمات صحية وطبية ونفسية واجتماعية ... الخ ، أو يحتاج إلى بعضها فقط بناء على مستوى الأداء الحالي .

- تحديد الخدمات التي يحتاجها الطفل تعتبر أساسا هاما قبل تنفيذ البرنامج .

- كثير من البرامج التربوية يتوقف نجاحها على بعض الخدمات المصاحبة ، والتي تعتبر ضرورية مثل البرامج العلاجية الطبية والنفسية .

- هذه الخدمات المصاحبة تعمل على تقدم مستوى أداء الطفل ، وتساعد في تقييم البرنامج بشكل واضح.

نستنتج مما سبق أن البرنامج التربوي الفردي يعتبر حجر الزاوية والأساس الذي يمكن من خلاله توظيف كل الجهود المبذولة مع الطفل لتحقيق الأهداف المرجوة . ولا بد من التنظيم والتنسيق على كل المستويات وبين كل الاختصاصيين ، فالبرنامج التربوي الفردي هو خطة عمل توجه أعضاء الفريق لتقديم خدمات محددة للطفل والانتقال من المستوى الحالي إلى مستوى أفضل متوقع منه .

وكذلك لا بد من النظر إلى البرنامج التربوي الفردي بصورة شاملة فهو يحتوي على الجوانب التربوية والسلوكية المختلفة معا ، وكذلك فان العمل به يتطلب وضع الأهداف السلوكية والتربوية جنبا إلى جنب ، لأن الفصل بينهما لا يقصد به إفراد جانب واعطائه أهمية أكثر من الجانب الآخر ، ولكن فقط لتوجيه الجهود وتوزيع الأدوار . مع الأخذ بعين الاعتبار أن المشكلات السلوكية وخصوصا في حالات التوحد تكون واضحة بشكل أكبر. وبحاجة إلى تركيز أكثر عليها في بداية البرنامج ليتسنى لنا الانتقال إلى تحقيق الأهداف التربوية بشكل أفضل ، وبتوجيه مباشر للجهود المبذولة مع الطفل .

ولكي يتم تحقيق أكبر قدر من التحسن على اداء الطفل التوحدي فانه لا بد من مراعاة بعض الجوانب الهامة في عملية التعليم الموجه والمنظم ، والذي يتم من خلاله العمل ضمن

البرامج التربوية ، وهناك ثلاثة عوامل هامة يجب أن يتم التخطيط والتنظيم لها قبل البدء وأثناء تطبيق البرامج وحتى قياس النتائج ، وهذه العوامل هي :

أولا : تنظيم البيئة المادية :

يعتبر التصميم المادي للصف هام عندما تتم عملية التخطيط لتعلم الخبرات والمهارات لأطفال التوحد ، حيث أن تنظيم الأثاث في الصف يعطي فرصة كبيرة لتوظيف قدرات الأطفال التوحديين للتعامل مع القوانين والمحددات داخل الصف.

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار الصعوبات والمشكلات التي يعاني منها أطفال التوحد لتفعيل العملية التعليمية ، حيث أن لدى العديد منهم مشكلات في التنظيم من مثل عدم معرفتهم بمكان وطريقة الحصول على الأشياء (أين ؟ / وكيف ؟) وذلك بسبب ضعف اللغة لديهم .

ومن ناحية أخرى فان تنظيم البيئة الصفية يعطي لأطفال التوحد إشارات ودلائل مرئية سهلة الفهم لموجودات الصف ، مع الأخذ بعين الاعتبار سهولة تشتت الانتباه لديهم لما حولهم من المثيرات البيئية ، وعليه فان على المعلم أن ينظم وبيني بيئة خالية من المشتتات قدر الإمكان . (Catherine, 1996)

وإذا كان بالإمكان أن نقوم باختيار الصف المناسب لأطفال التوحد فان هناك عناصر أساسية لا بد من مراعاتها مثل : حجم الصف ، الصنوف المجاورة ، الأدوات الموجودة في الصف مدى توافر حمام قريب ، الإضاءة ، الجدران ، الأثاث الثابت ومناطق العمل الثابتة. (Schopler, 1995)

إن مراعاة توزيع الصف إلى مناطق للعمل يعتبر بمثابة الدليل البصري الواضح للطفل الذي يجعله أكثر قدرة على التعامل مع تلك المناطق والتعود عليها ضمن البرنامج اليومي ، وذلك يساعد في معرفة أماكن تواجد النشاطات وكيفية الوصول إليها بسهولة ونظام . وأيضا يمنح الفرصة لاختصار الوقت والتعليمات، ويعمل على تركيز انتباه الطفل والقدرة على استمرارية العمل .

ولا بد من الأخذ بعين الاعتبار في تنظيم الصف نقاط منها : عدم وجود منطقة العمل بجانب المرآة أو الشباك، وأن يكون الحائط فارغ في بعض الأحيان ، والطاولة أو الدرج الذي يجلس عليه الطفل التوحدي مناسب لحجمه وعمره ، و يجب أن لا يكون مكان اللعب

أو وقت الفراغ بجانب المخرج للصف، والأدوات الموجودة داخل الصف يجب أن تعطي فرصة للطفل التوحدي لمعرفة الحدود والفواصل بين المناطق وبشكل واضح ومحدد ، وتناسب الأدوات الموجودة داخل الصف مع طبيعة المهارات المطلوبة . وفي حالة أن الطفل التوحدي لا توجد لديه مشكلات في التنظيم وهو قادر على التعامل مع المناطق المختلفة في الصف بسهولة ، فانه يمكن أن تكون عملية التنظيم للأدوات والموجودات داخل الصف أقل وخاصة لدى أطفال التوحد ذوي القدرات العليا . (Marcus, 2003)

ثانياً : الجدول :

عندما ندخل الصف يمكن أن نرى طفلين في منطقة مهارات الحياة اليومية مع المدرسة المساعدة، وطفل يلعب على السيارة في منطقة اللعب ، وطفل يتدرب على المهارات الاستقلالية، وآخر ينهي التدريب في منطقة العمل ، وعدد آخر من الأطفال يعملون مع المعلمة، ويمضي الوقت ويدق الجرس ، تعاد بعض الأشياء إلى أماكنها، وتتحرك الكراسي، وتنفذ بعض التعليمات ، ويعزز بعض الأطفال ، ويتحرك كل واحد إلى منطقة جديدة في الغرفة . ويعاودون العمل مرة أخرى .

من خلال الوصف السابق فإنه يمكن الإشارة إلى نظام معين يتحرك من خلاله الأطفال والمعلمون داخل الصف، ويتحكم بشكل مباشر في أماكن تواجد كل واحد منهم . والدور الذي يقومه في فترة زمنية محددة، وهنا تظهر لدينا بعض التساؤلات الهامة المتعلقة بتلك الحركة المنظمة والموجهة لأهداف معينة مثل كيف يعرف كل طفل أين يذهب ؟ وماذا يفعل كيف يعرف المعلم مسؤولية كل طفل ؟ لماذا يتبع هؤلاء الأطفال " المعلم والتعليمات " ؟ . حيث لا بد من إعداد وتهيئة الفصل للنشاطات بشكل متكامل وواضح وثابت بهدف الإجابة على أسئلة مثل / من ؟ أين ؟ ماذا ؟ متى ؟ .

ويعتبر الجدول من الأجزاء الرئيسية في الصف ، ويمثل جانب أساسي للنظام داخل الصف .وبسبب وجود العديد من المشكلات المرتبطة بتتابع الذاكرة وتنظيم الوقت لدى أطفال التوحد والضعف في الجوانب اللغوية والذي ينتج عنه عدم فهم ما هو مطلوب من أطفال التوحد القيام به في الصف فان هناك ضرورة ملحة لوجود البرنامج .

ويساعد الجدول على تحديد وقت للبدء والانتهاء من المهارات المعطاة لكل طفل في اليوم ، ويقلل من حالات التوتر والقلق لدى أطفال التوحد بسبب عدم معرفتهم بالخطوة القادمة (ماذا سوف يحدث بعد ذلك) . وجعلهم أكثر قدرة على التحول والانتقال بأنفسهم

من نشاط إلى آخر وأين يتم النشاط . (Lynn, 1999) . ويعمل الجدول كذلك بمثابة معزز بعدي في بعض أجزائه عندما يطلع أطفال التوحد على الجدول كله، ويساعد ذلك في إنجاز بعض المهارات الصعبة والانتهاء منها لوجود نشاطات مجدية ومحببة بعد ذلك بالجدول .

ويمكن الإشارة بالنسبة للجداول المطبقة و المعمول بها داخل صفوف أطفال التوحد إلى نوعين من الجداول : الجدول العام . ويشتمل الجدول العام على الأحداث و النشاطات العامة في الصف فهو يشتمل على أوقات العمل، الاستراحة ، تناول الوجبات ....الخ .والجدول العام يجعلنا أكثر قدرة على ملاحظة متى يعمل الطفل ، ومتى يفعل نشاط آخر مطلوب منه ، ويطلعنا على الأنشطة التي سوف يقوم بها أطفال التوحد أسبوعياً . وبشكل عام ، ومعرفة ماذا يتوقع التدريب عليه وكذلك الرحلات أو النشاطات الاجتماعية . وعادة ما يشتمل الجدول على أحداث ونشاطات كثيرة مثل وصول الطفل إلى الصف وما يفعله خلال ساعات الصباح، ويجب وضع الجدول العام في مكان يمكن للجميع أن يروه وبشكل واضح وأكبر ، ويمكن أن يستخدموه أثناء اليوم الدراسي .

أما بالنسبة لشكل الجدول العام فيمكن أن يكون الجدول مكتوباً، ولكن ليس مع كل الأطفال، حيث أنه لا يعتبر مناسباً في بعض الحالات مثل الحالات المتوسطة والشديدة وبشكل خاص في بداية التدريب ، ويمكن أن يكون عن طريق الصور أو الرسوم التي تعبر عن النشاطات مثل صورة للدرج أو الطاولة لتستخدم في حصة العمل حيث يمكن استخدام جدول الصور من الأعلى إلى الأسفل ، أو من اليمين إلى اليسار ، ويكون عادة على لوحة كبيرة .

2- والنوع الثاني من الجداول هو الجدول الفردي ، ولجعل أطفال التوحد أكثر قدرة على فهم ما سوف يعملون خلال قائمة النشاطات في الجدول العام ، فإنه يتم عادة استخدام جداول فردية خاصة بكل طفل توحد ، وذلك يمثل الجزئية الخاصة بتنوع المهارات في الصف بنفس الوقت ، ولضمان فعالية الجدول الفردي الخاص بالطفل التوحدي فإنه لا بد من مراعاة ظروف مثل عمر الطفل التوحدي ومدى مناسبته للنشاطات الصفية، ومستوى أداء الطفل التوحدي ، مستوى ثبات الأداء لدى الطفل التوحدي ، والتعزيز المستخدم، والتغير في النشاطات التي يحتاجها . (Lynn ,1999)

وتتخذ عملية التوجيه للجدول الفردي مستويين الأول وهو المتعلق بتوجيه وإدارة المعلم

للجدول بشكل كلي . والمستوى الثاني يعتمد على الطفل نفسه في فعالية الجدول من خلال أسلوب التوجيه الذاتي . ومثال على ذلك : عندما ينتهي الطفل والمعلم من النشاط فإن المعلم يعرض على الطفل جزء من النشاط الذي يليه كنوع من التعزيز اللاحق، فيقوم الطفل بالتوجه إلى النشاط الذي يليه بناء على الجزء الموجود لديه، أو يمكن أن يستخدم هذا الجزء للدلالة على نوع الوسيلة التي يجب أن يحضرها الطفل . ومن ثم التوجه إلى طاولة التدريب . (Sheila, 1999)

ثالثاً : طرق التعليم :

يعتبر الوضع التعليمي الذي يتلقى فيه الطفل التوحدي المهارات والنشاطات اليومية المطلوبة منه هام وضروري، حيث أن استخدام التوجيهات والحث والتعزيز بطريقة منظمة وبترتيب مناسب يساعد وبشكل فعال على نجاح تعلم الخبرات لدى أطفال التوحد. مما يجعل التعليم سهلاً ومقبولاً لديهم، ويساعد كذلك في السيطرة على الاضطراب ورفض التغيير، والضعف في الدافعية .

ومن الطرق التي يمكن من خلالها أن نصل إلى نماذج فعّالة من أساليب التعلم والتي تساعد على اكتساب المهارات والأنشطة المتنوعة لأطفال التوحد، وبطريقة إيجابية للطفل ، التعليمات اللفظية وغير اللفظية والتي تتصف عادة بأنها موجهة وبسيطة ويستطيع الطفل التوحدي أن يفهمها بناء على الخصائص السلوكية والتربوية التي يتصف بها ، والتي تساعد على تنظيم وتسهيل عملية التواصل والقيام بأداء المهارات والنشاطات المطلوبة منه. ويتم عادة استخدام بعض الكلمات أو الجمل البسيطة . وكذلك بعض الرسوم والصور والأدوات لتدلل على نوع التعليمات المستخدم أثناء التدريب . (Lynn (Schopler, 1995) ,1999)

وكذلك فان أنماط الحث والمساعدة التي تقدم للطفل التوحدي أثناء العمل معه في المهارات المختلفة تساعد وبشكل كبير على تسهيل عملية التدريب ، ومن طرق المساعدة المستخدمة يمكن الإشارة إلى : المساعدة الجسمية ، والمساعدة اللفظية ، والمساعدة البصرية وتأخذ أشكالاً متعددة منها : (التعليمات المكتوبة، البطاقات الملونة، كتابة بعض الكلمات بخط كبير ، تظليل أو تغميق الكلمة المطلوبة لجذب انتباه الطفل لها) . والمساعدة الإيمائية ، والمساعدة اللحظية (التي تعتمد على موقف) . (Schopler, 1995)

وحتى يتم تفعيل المساعدة وضمان استجابة الطفل لها فانه يجب على المعلم أن يكون

منظماً في تقديم المساعدة .يجب أن تكون المساعدة واضحة وثابتة وموجهة مباشرة للطفل قبل أن تكون استجابته غير صحيحة. يجب على المعلم أن يكون واعياً بالنسبة لتقديم المساعدة والإشارات للطفل، بحيث لا يعتمد الطفل على إشارات المعلم لإكمال المهارة كلها .

ومن ناحية أخرى فان لدى أطفال التوحد نقص في الدافعية للتعلم . فليس لديهم الرغبة في العمل والانتقال من مستوى إلى آخر بسبب طبيعة الخصائص السلوكية لديهم وخاصة في الجانب الاجتماعي. وحتى يتم تحفيزهم على العمل والانتهاء من المهارات أو النشاطات المطلوبة منهم أثناء البرنامج اليومي فإنه لا بد من استخدام التعزيز ، وهناك نوعين من التعزيز الأول إيجابي والثاني سلبي . وعادة ما يتم استخدام التعزيز الإيجابي في المواقف التعليمية المختلفة للطفل . (Deleon, 2001)

وكذلك فإن هناك أشكالاً للتعزيز منها المادية والرمزية ، والاجتماعية والنشاطية ، وهناك طرق لاختيار المعززات المناسبة لكل طفل سواء عن طريق الآخرين أو ملاحظة الطفل نفسه .ومن ناحية أخرى فلا بد عند استخدام التعزيز الأخذ بعين الاعتبار العوامل التي تؤثر في فعالية التعزيز مثل فورية التعزيز ، وانتظامه ، وكميته، ومستوى الحرمان والإشباع لدى الطفل ، ودرجة صعوبة السلوك، والتنويع في استخدام التعزيز ، ودراسة احتمالات التعزيز المتوفرة في البيئة،ومراعاة استخدام جداول التعزيز التي يتم استخدامها مع الطفل وخاصة المتقطعة حيث أثبتت أنها فعالة أكثر من جداول التعزيز المتواصلة . وخاصة جدول الفترة الزمنية المتغيرة ضمن الجداول المتقطعة . مع الأخذ بعين الاعتبار أهمية استخدام مثل هذه الجداول بناء على طبيعة المشكلات التي يعاني منها الطفل التوحدي ، وكذلك القدرات التي يتمتع بها. ومن ناحية أخرى مراعاة نوعية المهارة التي يتم التدريب عليها ومستوى درجة الصعوبة فيها .

وتجدر الإشارة إلى أهمية استخدام إجراءات التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى. وكذلك للسلوك النقيض. والنقصان التدريجي. والذي يمكن من خلالها التركيز على السلوكيات الإيجابية وتدعيمها أكثر من السلوكيات السلبية . وذلك يعطي فرصة أكبر للطفل لأن يسلك بطريقة مناسبة ويساعد على اتقان المهارات السولكية والتربوية .

مما سبق يمكن القول بان البرامج العلاجية السلوكية والتربوية التي يتم العمل بها حاليا مع أطفال التوحد يمكن الاشارة اليها على أنها من أفضل الطرق وأنسبها للتعامل مع الكثير من حالات التوحد بسبب وضوح الأهداف والاجراءات المتبعة ، واعتمادها بشكل

مباشر على الملاحظة ، ومرورها بالعديد من المراحل التي تتصف بالتنظيم والتخطيط المسبق والاعداد للبرامج السلوكيةوالتربوية بناء على الخصائص والصفات التي يتسم بها كل طفل . وبناء على بناء البرنامج التربوي الفردي للطفل التوحدي . وذلك يجعلها أكثر فعالية سواء أثناء التطبيق . أو الحصول على النتائج .

مراجع الفصل العاشر

-المراجع العربية

- البلشة. أيمن (1994) الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية لاطفال التوحد والأطفال المتخلفين عقلياً. رسالة ماجستير غير منشورة . الجامعة الأردنية .

- البلشه، أيمن (2001) أهمية استخدام قوائم الشطب في التعرف والتدخل لحالات التوحد. ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة (فئات الاعاقة). الدمام.

- البسطامي. غانم (1995) المناهج والأساليب في التربية الخاصة، الطبعة الأولى. مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع .

- عبيد. ماجدة السيد (2001) مناهج و أساليب تدريس ذوي الحاجات الخاصة، الطبعة الأولى. دار صفاء للنشر و التوزيع. عمان.

- يحيى . خولة . (2003) الاضطرابات السلوكية والانفعالية . الطبعة الثانية . دار الفكر . عمان.

- المراجع الأجنبية

-Alarcon, _ Maricela, et al, (2002),Evidence for language quantitative trait Locus on chromosome 7 q in multiplex autism families, **American J _ Hum _** Genet. 70(1): 60_71.

-American Psychiatric Association. (1996), (4th ed.). **Diagnostic and Statistical manual of mental disorders**, Primary Care VERSION, Washington, Dc.

-Bowley, Agatha. &Gardner, Lesile. (1972), **The Handicapped Child**, Churchill living stone.

-Bryna Siegle. (1996), **The world of the autistic child understanding and treaning Autistic Spectrum Disorder.** Oxford University press, Inc.

-Catherine, Maurice, (1996), Behavioral Intervention for Young children with Autism, Amanual for Parents and Professionals, PRO _ ED, Inc. Austin, Texas.

-Cohen, Donald, J &Caparulo, Barbara. (1978), **"Childhood Autism", Readings in Autism**, pp.34-37.

-Deleon, I .G. ,et al .(2001), Choeces between positive and negative reinforcement during treatment for escape_ maintained behavior, **Journal of Applied Behavior Analysis** 34,521_525.

-Dianne E. Berkell, (1992), **AUTISM, Identification, Education, and Treatment.** Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

-Dunlap, G ET, al, (1999),Autism and Autism Spectrum Disorder (ASD). **ERIC** Clearinghousw on Disabilities and Gifted Education, Reston.

-Dunlap, Glen. &Koeger. Robert.L. &Egel, Andrew. (1979), "Autistic Children in School". **Exceptional Children**, Vol. 45,no7, pp.552-556

-Everad, Margaret P. (1976), An **Approach to Teaching Autistic children**, National Society for Autistic children, London.

-Forness, S.R. (1979), Developing the Individual Educational Plan. **Education and Treatment of Children**, 2, 43-54

-Knoblock, Peter. (1980). **Teaching Emotionally Disturbed Children**. Houghston Mifflin Company, Boston .

-Lightdale, J -R (2001). Effective of intravenous secretin on language and behavior of children with autism and gastrointestinal symptoms: a single _ E90. blinded, open _ label pilot study. Pediatrics, 108(5):

-Lynn E .McClannahan, Ph. D.&Patricia J. Krantz, Ph.D. (1999), Activity .WOODBINE HOUSE .Schedules for Children with Autism

-Marcus, Lee. (2003). Structured teaching. Chapel Hill P:Division TEACH (_ Treatment and Education of Autistic and Related Communication .

-Maureen ,AAarons &Tessa ,Gittens. (1987). A check list of behaviors and skills for Children showing Autistic Features ,IS THIS AUTISM ,NFER_ NELSON Duplishing Company Ltd ,

-Oleary, et al, (1975),Autism: Behavioral Approaches to Treatment ,**Readings in Autism**

-Ontario Ministry of Education, Special Education and provential School Branch. (1990), **Special Education Monographs, No. 4:** Student with Autism, Toronto, Ontario.

-Orntiz. E. M. 'Childhood Autism -areview of the clinical and experimental literature "Vol 118, (1973),pp. 21-47

-Palon, C ,G &Spernecr ,Betty L "A check list of Symptoms of Autisim of Early Life" ,**The West Virginia Medical Journal** ,Vol .55, No.6 1959 pp .198-203.

-Parks ,Susan L ."The Assessment of Autistic Children :A Selective Review of 13, Vol . ,Available Instrument "**Journal of Autism and Developments Disorder** No .1983, pp. 255-267.

-Paul .A. &Anne. c .(1995). **Applied Behavior Analysis for Teachers.** Fourth Edi-New Jersey. .tion. prentice _ Hall. Inc

-Paul. Rhea. &cohen. Donald. J. (1986) "Comprehension of Indirect Requests in Adults With Autistic Disorders and Mental Retardation "Eric: Current **Index to Journals in Education.** Vol. 18,No. 5,P.36 .

-Pfeiffer. s, ET al, (1995). Efficacy of vitamin B6 and magnesium in the treatment of autism: methodology review and summary of outcomes. Journal Autism _ Dev_ disorder, 25(5) 481_93.

-Robert. L & Lynn. K. (1995), **Teaching Children with Autism. Strategies for Initiating Positive Interaction and Improving Learning Opportunities.** Paul H. Brookes Publishing Co, Inc

-Rutter, Michael. (1978), Diagnosis and Definition of Childhood Autism," **Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.** Vol. 8,No.2, pp.139-161.

-Scopler, Eric., Mesibov, Gary B., and Hearsey. Kathy .(1995). Structured teaching in TEACC system. In: Schopler and Gary B .Mesibov (Eds.), Learning and cognition in autism. New York, London: plenum Press.

-Sheila, Wagner, M. Ed. (1999),**Inclusive Programming for Elementary Student with Autism**, Future Horizons .

-Short. Andrew B.& Marcus. Lee M. (1986), Psychoeducational Evaluation of Autistic and Adolescents with Low _ Incidence Handicaps. Lazarus. J .& Strichart. S .(Eds).Grune & Stratton. Inc .

-Spitzer,R. L. & Cantwell, D. P. "The DSM-III classification of the psychiatric disorder of infancy, childhood , and adolescence "**Journal of the American Academy of Child Psychiatry** ,Vol. 19, 1980, pp.356-370.

-Thaut.,Micheal H .(1989), "Measuring Musical Responsiveness in Autistic Children: A Comparative Analysis of Improvised Musical tone Sequences

of Autistic, Normal, and Mentally Retarded Individuals" . Eric: Current **Index to Journals in Education,** Vol. 21,No. 6, P. 39.

-William, Furey .&Forehand, Rex , "The Daily Behavior Check List "**Journal of Behavior Assessment**, Vol .5, No .2 1983, PP 83-95.

-Wing, L .(1976), **Epidemiology and theories of aetiology,In L, wing (Ed), Early child- permagon press. :hood autism, 2nd ed, New York**

-Word Helth Organization ,(1992),The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder ,Clinical Description and Diagnostic guide lines ,Geneva ,W.H.O.

Are Autistic :-Yirmiya, Nurit. et al. (1988), "Facial Expressions of Emotion **Eric** ؟Children Different from Mentally Retarded and Normal Children" :Resources in education ,Vol .22,No. 5,P. 62

الفصل الحادي عشر

قضايا وإتجاهات حديثة في مجال خدمات ذوي الإحتياجات الخاصة



قضايا وإتجاهات حديثة في مجال خدمات ذوي الإحتياجات الخاصة

في هذاالفصل سوف يتم تناول أبرز القضايا والاتجاهات والتجارب المعاصرة في مجال الخدمات المقدمة لذوي الاحتياجات الخاصة والتي ظهرت نتيجة لتراكم الخبرات وتطور المعرفة في ميدان التربية الخاصة، وهذه القضايا هي:

قضيّة التشريعات المتعلقة بذوي الاحتياجات الخاصة

في كثير من الأحيان يطرح السؤال عن كيفية توفير الحماية القانونية للمعوقين وحقوقهم، فهل هناك ضرورة لإصدار قانون خاص؟ أم يكتفى بالعمل بالقوانين العامة التي أقرّتها مؤسسات المجتمع التشريعية؟ ودائماً كانت الإجابة مختلفة بين من يقول أنه من الضروري إصدار قانون خاص لضمان حقوق المعوقين وتنظيم كيفية حصولهم على تلك الحقوق. فعلى الرغم من أن القوانين العامة المعمول بها لا تستثني المعوقين إلا أنها لم تشكّل ضمانة كافية لهم من قبل. ويضيف أنصار هذا الاتجاه بأن إصدار قانون خاص يسهم بشكل واضح في تحقيق شمولية استجابة المجتمع لقضية الإعاقة، ورفع مستوى الوعي المجتمعي بها، كما ييّسر على المعنيين وجهات الإختصاص للإستفادة منها.

وفي المقابل هنالك من يقول بأن إصدار قانون خاص بالمعوقين يتنافى مع المطالبة بدمجهم في المجتمع، ويعزز مفاهيم العزلة الاجتماعية، ويتعامل معهم كفئة متمايزة على نحو مختلف عن فئات المجتمع الأخرى، وكأن ذلك إقرار غير مباشر باستثنائهم من شمولية القانون العام. وعلى الرغم من وجاهة وجهة النظر هذه، إلا أن معظم الدول المتقدمة (أمريكا، بريطانيا، السويد، النرويج، هولندا ...) بادرت إلى إصدار تشريعات خاصة كما قامت منظمات الأمم المتحدة المختصة بدعم هذا الاتجاه في إعلاناتها المختلفة.

إلا أن غالبية الدول النامية رغم ما تبديه من اهتمام بالمعوقين تجنّبت إصدار قانون متكامل حتى تتحاشى الحكومات الإلزامية والمسؤولية القانونية المترتبة عليه. وتكفي الإشارة إلى أن قراءة سريعة للدساتير والنظم التربوية المعمول بها في الدول العربية تدل على أن حق التعليم للجميع مكفول - بغض النظر عن بعض الصعوبات التي قد يواجهها بعض الأطفال - إلا أن نسبة الأطفال المعوقين الذين يتلقون خدمات تربوية لا تكاد تصل إلى 2%من إجمالي عدد الأطفال. كما أن فرص التعليم المتوافرة محدودة جداً، فعلى سبيل المثال، من النادر أن نجد خدمات تربوية للصم في مستوى المرحلة الثانوية أو التعليم العالي في الوطن العربي.

وبمراجعة لعدد من قوانين المعوقين والموجهات العامة التي أقرّتها العديد من المنظمات الدولية ومنظمات الأمم المتحدة المتخصصة، يمكن القول بأن أبرز الملامح الأساسية للقوانين المعاصرة المتعلقة بالمعوقين ما يلي:-

1- خصوصيتها: أي أن هذه القوانين تقتصر على المعوقين وما يتعلق بهم كأفراد في المجتمع دون سواهم.

2- إقرارها بحقوق المعوقين ومساواتهم ببقية أفراد المجتمع وتأكيد مسؤولية الدولة في حماية حقوقهم والعواقب القانونية المترتبة على فشل المؤسسات الحكومية المختلفة في الوفاء بالتزاماتها تلك.

3- تحديدها المعياري: ويقصد بذلك تحديدها العلمي الدقيق والقابل للقياس لمن تشملهم. وكيفية تشخيصهم، ونوعية الخدمات وكيفية الحصول عليها والجهات المسؤولة عن كل خدمة. كما تشتمل على معايير واضحة للحكم على درجة كفاية تلك الخدمات والأسس القانونية التي يجب الاحتكام إليها بخصوص ذلك.

4- شموليتها: ويقصد بها كفاية القانون من حيث تناوله لمختلف القضايا المتعلقة بالمعوقين بدءاً من الوقاية من الإعاقة والتعليم والتأهيل المهني والاجتماعي والتشغيل وغير ذلك من خدمات. كما يقصد بالشمولية في هذا المجال عدم اكتفاء القوانين بإرساء قواعد عامة بل اشتمالها على التفاصيل الدقيقة سواء من الناحية الفنية أو القانونية. (القريوتي وآخرون، 1995، ص: 346-348).

قضيَة تدريب العاملين في مجال التربية الخاصة

ينظر إلى عملية تدريب المعلمين في ظل التطور السريع للعلم والمعرفة بأنها قضية هامة جداً وتزداد أهمية التدريب إذا كان المعلم يتعامل مع أفراد مختلفين بشكل واضح في القدرات ونقصد هنا معلم التربية الخاصة.

على كل حال يُنظر إلى تدريب المعلم على أنها عملية ذات وجهين وجه يتعلق بالإعداد قبل الخدمة(Pre -service Training)، وآخر يتعلق بالتدريب أثناء الخدمة In -service Training) بل يمكن القول أن تدريب المعلم أثناء الخدمة أهم بكثير من إعداده للعمل قبلها. (القمش، 2004).

الأسس الحديثة التي يقوم عليها تدريب المعلمين أثناء الخدمة:

تشير العديد من المراجع إلى ضرورة استناد البرامج التدريبية للمعلمين أثناء الخدمة على أسس معينة يمكن إيجازها كما يلي:

1- اعتماد إطار أو نموذج نظري للتدريب.

2- وضوح وتحديد أهداف برنامج التدريب.

3- اعتماد منهج التدريب متعدد الوسائط.

4- المرونة وتعدد الاختيارات في برنامج التدريب.

5- توجيه برنامج التدريب نحو الكفايات التعليمية.

6- تحقيق البرنامج التدريبي للتوافق بين الأفكار النظرية.

7- استمرارية عملية التدريب.

8- مساعدة المعلمين على تحقيق ذواتهم. (القمش، 2004. ص:14).

وتضيف فلارو (Flaro)إلى ما سبق ضرورة إفادة التدريب من نتائج البحوث والدراسات العلمية والتربوية التي يمكن أن تقدم الأسس لبرامج أكثر فعالية (Flener, 1986).

محتوى برامج التدريب اثناء الخدمة:

ويمثّل المحتوى جوهر أو موضوع البرنامج كلّه أو أي جزء من أجزائه سواء ما يخص التعليم الفني أو المهني بما في ذلك تدريب المعلمين أثناء الخدمة، وذلك حيث أنه لا يكفي أن يتضمن المحتوى المعرفة الجوهرية التي يجب إكتسابها فحسب بل يتعدّى ذلك إلى المهارات العملية (Unesco, 1984).

ونظراً لاختلاف الحاجات التدريبية من قطر لآخر ومن مرحلة لأخرى فإنه ليس هناك محتوى محدد للبرامج أو الدورات التدريبية إلا أنه من خلال الدراسات والأدب التربوي الذي تناول موضوع تدريب المعلمين أثناء الخدمة يمكن الخروج ببعض المؤشرات فيما يتعلق بهذا الجانب والتي يمكن مراعاتها عند اختيار محتوى البرامج التدريبية، ومن أمثلة ذلك:

أكد كل من جالتون ومون (Galton and moon, 1984) على ضرورة أن ينصب محتوى برامج التدريب أثناء الخدمة على مواجهة المشاكل الفعلية الموجودة في الميدان، كمشكلة التعامل مع الأطفال المتعددي القدرات في الصف الواحد، والأطفال ذوي الحاجات الخاصة، ومتعددي الثقافات.

كما ويُشير كاتز (Katz)إلى ضرورة احتواء البرنامج التدريبي على الحقائق والمعلومات والمهارات والأفكار والأساليب والمناهج الأكاديمية والكفايات التي تهم المعلمين في عملهم التربوي.

ويمكن القول بأن برامج التدريب يجب أن تتضمن ما يلي:-

1- مواد البروتوكول وهي المواد التربوية، والنفسية، والأكاديمية، وذات العلاقة بأساليب التفكير والاستنباط.

2- مواد التدريب، وتتمثل في الإستراتيجيات والأساليب الفنية وطرق التدريس المختلفة.

3- نظام للإستفادة مما قدّم في البرنامج التدريبي من خلال ما يسمى بنظام التدريب. فيقوم المعلم بتنظيم مواقف التعلم واستراتيجياته لإظهار مدى الإستفادة مما احتواه البرنامج أو الدورة (Katz, 1989).

أنماط وأساليب التدريب الحديثة المتبعة في تدريب المعلمين أثناء الخدمة

تختلف أنماط وأساليب التدريب أثناء الخدمة تبعاً للهدف منها فقد تكون:-

أ- تأهيلية: وذلك لتأهيل المعلمين غير المؤهلين تربوياً.

ب- تجديدية: وذلك لتنشيط المعلمين القدامى وتجديد معلوماتهم ومهاراتهم سواء في مجالات التخصص الأكاديمي أو المهني.

أو يمكن تصنيفها كالتالي:-

أ- برامج لتلبية الحاجات المهنية الاستهلالية :(Iduction Needs)وتعقد للمعلمين في بداية انخراطهم في سلك مهنة التدريس، وتظهر أهميتها في توفير حد أدنى من التوافق للمعلم الجديد.

ب- برامج لتلبية الإحتياجات المهنية الامتدادية :(Extension Needs)وتعقد للمعلمين في فترة مبكرة من الممارسة العملية، كما وأنها قد تعقد في فترة متوسطة من الممارسة العملية. أيضاً خاصة عندما يبدأ المعلم في تدريس مادة معينة أو التدريس لصف لم يعتاد عليه من قبل.

ج- برامج لتلبية الإحتياجات المهنية الإنعاشية :(Refreshment Needs)وهذه البرامج تأتي لإنعاش اكتساب المهارات والخبرات الميدانية المتكررة في نفس الوظيفة، ونفس المرحلة

ومع أنماط متشابهة من التلاميذ. كما أنها تعقد في الفترة التي تسبق إعادة توزيع المعلمين على الصفوف داخلياً، أو عند توزيعهم على مدارس آخرى غير التي كانوا يعملون بها.

د- برامج لتلبية الاحتياجات المهنية التحويلية :(Conversion Needs) وهذه البرامج تعقد في فترة توقع الحصول على ترقية أو في الفترة التي تسبق سن التقاعد(Morant, 1982)

أهم الإتجاهات والأساليب الحديثة في مجال تدريب المعلمين أثناء الخدمة:

سوف يتم رصد بعض الممارسات والإتجاهات المعاصرة في مجال تدريب المعلمين أثناء الخدمة. وهذه الإتجاهات ليست مقصورة على معلمي مرحلة دون آخرى. وإنما يمكن اتخاذها كأساس لأي برنامج تدريبي للمعلمين على أنها تكون الأهداف والمحتوى مرتبطة ارتباطاً مباشراً مع نوعية المعلمين ونوعية المرحلة التي يعملون بها. وفيما يلي عرض لبعض هذه الاتجاهات المعاصرة:

أولاً: التدريب باتباع أسلوب التفاعل بين الإستعداد ونوعية التدريب:

يعتبر أسلوب التفاعل بين الإستعداد ونوعية التدريب والذي يُرمز إليه اختصاراً ATI) (Aptitude Treatment Interaction أحد مجالات التربية وعلم النفس ذات الصلة الوثيقة بمجال تدريب المعلمين أثناء الخدمة. وفلسفة هذا النوع من التدريب تقوم على مراعاة الخصائص والسمات التي تميّز كل معلم عن غيره، وتأخذ بالإعتبار الفروق الفردية في الصفات الشخصية والاتجاهات والخبرات والاستعدادات، وتتعامل مع كل متدرب كوحدة مستقلة لها خصائصها المميزة. لذا يعتبر هذا الأسلوب خاصة من أساليب تدريب المعلمين القائمة على التعليم المفرد. والذي يهدف إلى تشجيع التعليم الابتكاري والإبداعي لدى المشاركين. ويتصف هذا الأسلوب بالمزايا التالية (الأحمد،1993).

1- مراعاة الفروق الفردية وحاجات المتدربين.

2- تنّوع الخبرات بتعدد الوسائل والمواد التي تزيد من فرص المتدرب في اكتسابه مهارات وكنايات مختلفة.

3- تمشّي البرنامج مع السرعة الذاتية للمتدرب نحو تحقيق الأهداف.

4- احتواء البرنامج على مصادر وأنشطة إضافية مما يشجع المتدرب على البحث والتنقيب في المصادر التعليمية الأخرى.

ويتطلب التطبيق السليم لهذا الأسلوب الاتفاق مع:-

أ- السمات الشخصية للمعلم المستهدف بالتدريب.

ب- مواقف التدريب التي يتدرّب عليها المعلم.

ج- نوعية التدريب المتبع.

ثانياً: التدريب باتباع أسلوب المنحى المتعدد الوسائط

يتميّز هذا الأسلوب عن غيره من الأساليب بأنه يسمح بعدم إختصار المتدرب من مركز عمله إلى قاعات التدريب، فهو بذلك يستهدف تدريب المعلمين سواء في مراكز التدريب أو في أماكن عملهم وبيوتهم بوسائل تدريبية متعددة، فهو يستخدم مزيجاً من طرق وفنون التدريب المباشرة وغير المباشرة، كالحلقات الدراسية والزيارات الصفية والبحوث الإجرائية والدراسات الذاتية التي ترسل إلى المتدربين على شكل تعيينات دراسية (الأحمد، ٣٩٩١). كما يستخدم هذا الأسلوب أوراق العمل والمختارات المختلفة من كتب مرجعية، وتستخدم فيه الأدوات السمعية والبصرية وأفلام الفيديو وبرامج التلفزيون بنظام الدوائر المغلقة.

ويتطلب هذا الأسلوب ضماناً لنجاحه الأمور التالية:

1- تحديد أهداف البرنامج التدريبي والطرق المتبعة لتحقيقها.

2- توظيف جميع الموارد البشرية التي يمكن توظيفها لخدمة تلك الأهداف بأقصى كفاية وأقل تكلفة ممكنة.

3- الاهتمام الجدي بالعلاقات بين الجهود المبذولة في تخطيط هذه الدورات وتنفيذها وتقويم نتائجها وبين انعكاسات هذه الجهود على تحسين التعلم من جهة أخرى (السادة، 1978).

أما مزايا أسلوب المنحنى المتعدد الوسائط فهي كما يلي:-

1- يعد هذا الأسلوب بمثابة وسيلة فعالة لتحقيق التربية المستمرة للمعلمين.

2- لا يتطلب إحضار المعلمين والمربين من أعمالهم لأنه يصل إليهم ولا يعوق عملهم التربوي بل يساعدهم على أدائه بشكل عملي وبكفاية أعلى.

3- توجه البرامج التدريبية القائمة على هذا الأسلوب توجيهاً وظيفياً بمعنى أن هناك تركيزاً في تخطيط البرامج وتنفيذها.

4-لا يتأثر هذا الأسلوب بمشكلة البُعد المكاني جغرافياً وزمنياً (الأكرف،1990).

ثالثاً: تدريب المعلمين باستخدام المشغل التربوي

يعتبر المشغل التربوي طريقة للتدريب الذاتي في مواقف تعليمية حقيقية أو مشابهة. ويمكن اعتباره أسلوباً أكثر واقعية من الأساليب التدريبية القائمة على مبدأ تفريد التعليم نظراً لضخامة التكاليف المترتبة على استخدام تلك الأساليب ويتميز المشغل التربوي بما يلي:-

1- الواقعية: حيث تتم أنشطته في بيئة تعليمية حقيقية أو مشابهة.

2- الممارسة: حيث يكتسب المتدربون الخبرات من خلال العمل والممارسة الفعلية.

3- التكامل بين النظرية والتطبيق: حيث تنظم الأنشطة والممارسات التدريبية وفق إطار مرجعي نظري. مما يعمل على توجيه هذه الفعاليات بطريقة مدروسة ومنظمة نحو تحقيق الأهداف.

4- العمل الجماعي: حيث يعمل المشاركون كفريق متكامل. فيكتسب بذلك مهارات أخرى كمهارة العمل الجماعي بالإضافة إلى مهارات موضوع التدريب.

5- التعلم الذاتي: حيث يقوم المشارك بنفسه بالتدريب على المهارات المحددة من خلال العمل الجماعي.

6- استخدام وسائل تدريبية متعددة تجعل المتدرب فيها مستمعاً ومناقشاً ومطبقاً وقارئاً وكاتباً ومجرباً وغير ذلك من الصفات التي تعتمد على طريقة التدريب المستخدمة.

ويؤخذ على هذا الأسلوب أنه لا يسمح بالجمع بين العمل والتدريب في نفس الوقت حيث يتطلب انتقال المتدرب إلى مكان الورشة التدريبية وانقطاعه عن عمله طيلة أوقات التدريب.

رابعاً: تدريب المعلمين باستخدام أسلوب المحاكاة:

المحاكاة (Simulation) عبارة عن أسلوب تدريبي مصمم بحيث يخلق الظروف القريبة من الواقع. ويهيئ بيئة آمنة للتدريب وإعداد مواقف معينة تتطلب بذل جهد معين في التدريب (Ornstein and Allan, 1980).

وقد تم إدخال المحاكاة كأسلوب لتدريب المعلمين وإعدادهم في أوائل السبعينات من القرن الماضي. وقد كان من أهم دواعي استخدامه كأسلوب تدريبي للمعلمين هو التوقعات الطموحة التي كانت تحيط به من حيث قدرته على تمكين معلمي الغد من الإلمام بواقع

عملية التدريس وأبعادها الحقيقية، حيث إنه يواجه ما كان يوجّه للبرامج التقليدية في إعداد المعلم من نقد في انها لا تعدّ معلمي الغد لمعالجة المشكلات الفعلية في الصف الدراسي (الأكرف، 1990).

ومما يميز هذا الأسلوب كأسلوب لتدريب المعلم سواء قبل الخدمة أو أثنائها ما يلي:-

1- استخدامه لمواقف متصلة بسلوك الطلاب وعلاقات المعلمين بالآباء ومدراء المدارس وبأساليب طرق التدريس وتخطيط المناهج.

2- سماحه للفرد المتدرب (طالباً معلماً/ معلماً) بمعالجة مشاكل وقضايا محدودة. حتى لو أخطأ فهو في وسط آمن ويحصل على تغذية مرتدة فورية من زملائه ومدربيه.

3- استخدامه للتقنيات التربوية كالوسائل السمع / بصرية، مما يتيح التغذية المرتدة الدقيقة، ويساعد بالتالي على تحليل السلوك (Ornstein and Allan, 1980).

خامساً: تدريب المعلمين وفق المنحى التحليلي لمهارات التعليم:

تنطلق فلسفة هذه الأسلوب من أساليب التدريب من أن للتعليم الصفي أنواعاً مختلفة من النشاطات كالشرح واستخدام الأسئلة والعروض التوضيحية والتجارب العملية وغيرها من النشاطات التي تحتاج لمهارات أدائية يجب تنميتها لدى المعلمين.

وتتميز ملامح هذا الأسلوب كبرنامج تدريبي بما يلي:-

1- حصر مهارات تعليمية محددة تتعلق بالأنشطة الصفية التعليمية التعلمية.

2- التدريب على هذه المهارات بطريقة تدريجية منظمة.

3- تقديم خلفية نظرية للمتدرب على المهارة قبل انتقاله للتدرب عليها.

4- التدرب على المهارة من خلال موقف تعليمي مصغر.

5- اعتماد مبدأ التغذية الراجعة الفورية التي تقدم للمتدرب.

6- اعتماد مبدأ تكرار التطبيق والتقويم بقصد بلوغ مستوى أداء مقبول.

7- اعتماد مبدأ تفريد التدريب: بمعنى أن كل متدرب يتقدم بالسرعة التي تناسبه وفقاً لاستعداداته وخبراته ومراعاةً لحاجاته (الأحمد، 1993).

ويتخذ هذا الأسلوب أشكالاً متعددة من طرق التدريب منها:-

1- التعليم المصغّر: وهو عبارة عن طريقة يتم فيها تجزئة العملية التعليمّية التعلمّية في

غرفة الصف إلى مجموعة من العناصر التي يتم التدريب على بعضها في مواقف تعليمية مصغرة من حيث عدد الطلاب وزمن الدرس.

2- التحليل التفاعلي: وهو طريقة يلاحظ بها المتدِّرب جميع التفاعلات التي تتم داخل غرفة الصف. وتتطلب هذه الطريقة وجود مراقب ومعه استمارة (قد يكون المراقب آلة تسجيل سمعية أو بصرية) لتدوين سلوكات المتدّرب، حيث تعرض هذه السلوكات على المتدرب ويجرى تحليلها بهدف العمل على تعديلها.

3- الدورات الصغيرة: التي تنطلق من حاجات المتدِّرب، وتركز على التدريب العملي على بعض المهارات، وقد تتضمن هذه الدورات عدداً من الدروس التوضيحية التي يجري عرضها على المتدربين وتحليلها وتهدف إلى تعديل سلوكاتهم وممارستهم الصفية (الأكرف، 1990).

سادساً: تدريب المعلمين وفق أسلوب النظم

يتكّون نظام التدريب وفق هذا الأسلوب من العناصر التالية:

1- المدخلات: وتضم ثلاثة أنواع: إنسانية ومادية ومعلومات، حيث تتكون المدخلات الإنسانية من المتدربين والمدربين والإداريين والفنيين والمساعدين والمستخدمين. وأما المدخلات المادية فتتكون من الأموال اللازمة للإنفاق على التدريب وقاعات التدريب والتجهيزات والمواد المختلفة الضرورية لتنفيذ البرنامج التدريبي. وتعد المعلومات الجانب الأهم من المدخلات حيث تشمل البيانات العامة عن احتياجات المتدربين والموضوعات التدريبية التي تعرض عليهم وغير ذلك من معلومات يحتاجها البرنامج.

2- العمليات: تتألف من الأهداف التي تُحدد وتصاغ بصورة واضحة لكل من المدرِّب والمتدرب، كما وتشمل البيئة التي تحيط البرنامج التدريبي وما في هذه البيئة من فرص ومعوقات، وتتمثل هذه البيئة في الأنظمة والقوانين والعلاقات بين أعضاء النظام والقيم السائدة فيه بما في ذلك المدارس التي يعمل بها المتدربون، كما وتشمل الأسلوب الذي سيتم به التدريب والتقويم الذي سيتم بموجبه قياس التغيرات التي حدثت في المتدربين بعد انتهاء البرنامج التدريبي.

3- المخرجات: وهي الناتج النهائي الذي يصدره التدريب وتتمثل في الإنسان المتدرب الذي يفترض أنه يكتسب خصائص جديدة.

4- التغذية الراجعة: حيث تتلقى الإدارة المسؤولة عن برنامج التدريب البيانات ونتائج التقويم التي توضّح مدى نجاح هذا البرنامج. وبموجب هذه البيانات والتغذية الراجعة تعمل إدارة التدريب على استمرارية البرنامج أو تعديل مساره بقصد التحسين(Flener, 1986)

سابعاً: تدريب المعلمين المبني على الكفايات

يعد اتجاه إعداد وتدريب المعلم على أساس الكفاية من أبرز التطورات التي طرأت على برامج إعداد المعلمين وتربيتهم خاصة في الولايات المتحدة الأمريكية في العقدين الماضيين من القرن العشرين.

ويعد مفهوم التعليم المبني على الكفاية مفهوماً مستحدثاً في مجال التعليم والتعلم، وهو يقوم على تحديد مختلف الكفايات أو المهارات التي على الطلاب إتقانها، وهذا المفهوم الحديث يهدف إلى قياس مدى التقدم الذي أحرزه الطلاب أو المتدربون ومدى فعالية العملية التعليمية، وحتى يمكن أداء ذلك التقويم، يتعيّن أن تكون للعملية التعليمية أهداف واضحة، جلية قد تمّت صياغتها بعناية طبقاً لأنماط تتابعية (Farrant, 1990).

فحتى يتمكن المعلم من أداء مهامه الرئيسة المنوطة به في إطار دوره كمنظم للتعلم وميسر له فإن عليه امتلاك عدد من الكفايات التعليمية وإتقانها. والمعلم الكفء (Com- petent) هو ذلك المعلم الذي يمتلك جميع المتطلبات اللازمة للقيام بوظيفته كمعلم، حتى ولو لم يكن قائم بأدائها فعلاً، وقد تحدّث الباحثون حول مفهوم الكفاية باعتبارها تمثل مجمل السلوك المتضمّن: للمعارف، والمهارات، والاتجاهات التي يوظفها المعلم من أجل تعديل سلوك الطلاب وتحقيق الأهداف المرجوة (ملحم والصباغ، 1991).

ومن الجدير ذكره أن هذا الاتجاه (التعليم المبني على الكفايات) يستند إلى مفهوم رئيسي ألا وهو الكفاية (Competency) فما هو المقصود بهذا المفهوم؟

على الرغم من تعدد التعريفات وكثرتها إلا أنه يمكن القول أن هذا التعدد وتلك الكثرة لم تؤدي إلى اختلاف حول تحديد معنى الكفاية، إذ أن معظم هذه التعريفات يكاد يتقارب في نظرته لهذا المفهوم، وفيما يلي بعض من تلك التعريفات:

- لقد عرّفت باتريساكي (P. Kay)الكفاية بأنها: الأهداف السلوكيّة المحددة دقيقاً والتي تصف كل المعارف والمهارات والاتجاهات التي يعتقد أنها ضرورية للمعلم إذا أراد أن

يعلّم تعليماً فاعلاً، أو أنها الأهداف العامة التي تعكس الوظائف المختلفة التي على الفرد أن يكون قادراً على أدائها.

- ولقد عرّف روس (Ross)الكفاية على أنها: المعرفة والمهارات والقيم، ومنهج التفكير المطلوب لتنفيذ نشاط مهم لإنجاح حياة الفرد الشخصية والمهنية، والقدرة على المواجهة، والإحاطة بمستويات الإتقان الحالي.- كما عرّفها هوستن (Houston)بأنها مجموعة من المعارف والمهارات المختلفة والاتجاهات التي يمكن اشتقاقها من أدوار المعلم المتعددة.

- ويعرّفها كوبر (Copper)بأنها مجموعة الاتجاهات وأشكال المهارات وأنواع السلوك التي تيسّر النمو العقلي والاجتماعي والعاطفي والجسمي للأطفال (الخدام، 1995).

ومن خلال استقراء التعريفات السابقة لمفهوم الكفاية فإنه يمكن القول بأن البعض من هذه التعريفات قد عرف الكفاية في شكلها الكامن، والبعض الآخر عرفها في شكلها الظاهر.

فهي في شكلها الكامن قدرة تتضمّن مجموعة من المهارات والمعارف والمفاهيم والاتجاهات التي يتطلبها عمل ما بحيث يؤدّى أداءً مثالياً، وهذه القدرة تصاغ في شكل أهداف تصف السلوك المطلوب، وتحدد مطالب هذا الأداء التي ينبغي أن يؤديها الفرد.

أما في شكلها الظاهر فهي الأداء الذي يمكن ملاحظته وتحليله وتفسيره وقياسه، أي أنها مقدار ما يحققه الفرد في عمله ولذلك يمكن القول أن:

- الكفاية في شكلها الكامن مفهوم (Concept)ومن هنا فهي إمكانية القيام بالعمل.
- الكفاية في شكلها الظاهر عملية (Process)ومن هنا فهي الأداء الفعلي للعمل.

وهكذا فإن مفهوم الكفاية يتضمن الجوانب التالية:

- معارف المعلم ومهاراته واتجاهاته المتصلة بهذه الكفاية.
- مستوى الأداء المطلوب.
- تيسير تعلم التلاميذ تعليماً فعالاً.
- ضرورة وجود معايير خاصة للحكم على مدى تمكن المعلم من أداء مهامه المختلفة (الناقة، 1987).

ولا شك أن الاهتمام بالكفايات التعليمية قد ولد ما سمي فيما بعد بـ ((حركة التربية القائمة على الكفايات)) (Competency- Based Teacher Education)، ويرمز لها باختصار بالرمز (CBTE)

وفيما يلي توضيح لاتجاه تربية المعلمين القائم على أساس الكفايات :(CBTE)

أولاً: العوامل والأسباب التي أدت إلى ظهور اتجاه الكفايات

ويمكن تلخيص العوامل التي ساعدت هذا الاتجاه على الظهور والانتشار بما يلي:

1- الإحساس العام بعدم جدوى الشكل التقليدي النظري لبرامج الإعداد لأنها تهمل الأداء والدوافع مما يؤدي على أنفصال بين ما تم تعلمه وبين التطبيق في ميدان العمل.

2- التأثر بالاتجاه السلوكي وأعمال سكنر، وظهور أسلوب النظم، والأبحاث الخاصة بفاعلية المعلم، وفكرة التعليم الفردي ومبدأ المسؤولية التربوية.

3- تحو ل العملية التعليمية من الصفة الجماعية إلى الفردية، وبالتالي التحول من تمركز عملية التعلم حول المعلم إلى تمركز حول المتعلم.

4- ظهور مفهوم التعلم للإتقان وهو أحد المفاهيم التي تقوم عليها حركة (.(CBTEوهنا تبرز مسؤولية العملية التعليمية في إيجاد الوسيلة التي تمكن المتعلمين من إجادة المادة الدراسية التي يتعلمونها (الأكرف، 1991).

5- الإتجاه نحو النظريات والأسس العلمية إلى كفايات تعليمية يظهر أثرها في أداء المتعلم، أي ترجمة النظريات والمعلومات على قدرات ومهارات.

6- تعدد وسائل التعليم وأساليبه، وهذا يتطلب من البرامج التعليمية خليطاً من الطرق النظرية والتطبيقية والميدانية (الناقة، 1987).

7- انتشار حركة تحديد الأهداف على شكل نواتج تعليمية سلوكية ساعد على صياغة أهداف البرنامج التعليمي القائم على الكفايات على شكل نواتج تعلمية شاملة للأهداف المعرفية والأدائية ومعلنة مسبقاً لكل من المعلم والمتعلم (Harris, 1990).

ثانياً: الأسس الذي يقوم عليها إتجاه الكفايات:

يُشير طاهر عبد الرزاق إلى أن معظم الكتاب يتفقون على أن حركة تربية المعلمين القائمة على أساس الكفايات تستند على مجموعة من الأسس التي يمكن إجمالها فيما يلي:-

1- التدريس الفعال يمكن تحديده في ضوء الخصائص الرئيسية المرتبطة بأدوار المعلم ومهامه.

2- التدريس مهنة لها قواعد وأصول .

3- لكي يؤدي المعلم عمله يجب أن يتوفر لديه مجموعة من الكفايات التعليمية.

4- تؤثر الكفايات التعليمية لدى المعلم تأثيراً أساسياً في نواتج تعلم التلاميذ.

5- يمكن تحديد الكفايات اللازمة كما يمكن تقويم هذه الكفايات.

6- الكفايات التعليمية قابلة للاكتساب من خلال معرفة أصولها والتدرب عليها.

7- تتيح معرفة الخصائص الرئيسية للمعلم الكفء للقائمين إعداد وتدريب المعلم وتقرير أفضل الطرق لتدريب المعلمين (AL -Razik and AL-Shibiny, 1986).

ثالثاً: مزايا البرنامج التدريبي القائم على أساس الكفايات:

لقد تعددت السمات التي تميز بها اتجاه تربية المعلم على أساس الكفايات، وتنوعت الدراسات فيما يتعلق بذلك فمن من أهم ما يميز تربية المعلمين القائمة على الكفايات عن التربية التقليدية ما يلي:-

- وضوح الأهداف التي يسعى إليها إعداد أو تدريب المعلم نتيجة لتحديدها تحديداً سلوكياً.
- اتخاذ مواصفات الأداء بعد تحديدها تحديداً دقيقاً كدليل على بلوغ المستويات المحددة كمعيار لإتقان الأداء.
- تعدد نماذج التدريس المستخدمة والتي يمكن باستخدامها تنفيذ أنشطة التعلم.
- توفير إمكانية المشاركة العامة عند وضع الأهداف والمعايير ووسائل التقويم والأنشطة البديلة.
- تقييم خبرة التعلم يتم حسب شروط معايير الكفاية.
- الاهتمام بمبدأ مسؤولية إزاء مواجهة المعايير المحددة (الأكرف، 1991).

أما بلانك (Blank, 1982) فيذكر المميزات التالية:

- يحدد هذا الاتجاه ما يحتاج المتعلم لتعلمه بالضبط.

- يمد الطالب أو المتدرب بتدريب عالي المستوى.

- تساعد المتعلم على تعلم المهمة تماماً قبل الانتقال إلى المهمة التي تليها.

ويُشير كل من مرعي والحيلة (2002) إلى أن حركة تربية المعلمين القائمة على الكفايات تجعل التدريب أكثر فاعلية وأكثر إبداعاً وهي ذات سمات مميزة أهمها:-

1- أهداف التدريب فيها محددة سلفاً بشكل واضح، ومعرّفة بلغة السلوك الذي يؤديه المتدربون، مستندة إلى الأدوار التي يؤدونها في أعمالهم.

2- توفّر فرصاً تدريبية كافية، ويتعلم فيها المتدربون بالطريقة نفسها التي يتوقع أن يعملوا بموجبها، ويتكامل فيها المجالان النظري والعملي، وتراعى الفروق الفردية وترتبط بديمقراطية التعلم.

3- يكون المتدرب فيها محور العملية التدريبية، فهي تحرص على توظيف مهارات التعلم الموجه ذاتياً وتنميتها واستثمارها.

4- تكون فيها قدرة المتدرّب على تأدية العمل بكفاية وفاعلية هي المؤشر الرئيسي الذي يدل على نجاحه، وليس درجة معرفة الموضوعات فقط، وفيها يتم توظيف مهارات التقويم الذاتي وتنميتها.

رابعاً: الأساليب والأنماط الشائعة الاستخدام في برامج إعداد المعلم القائمة على أساس الكفايات:

كان من أهم أسباب اتجاه معاهد إعداد المعلمين في أمريكا للأخذ ببرامج إعداد المعلم القائم على الكفايات، كون هذه البرامج تستند إلى تفريد التعليم وأساليب التعلم الذاتي وهي متعددة الأشكال فتسمى "برامج" ونماذج (Modules)أو حقائب تعليمية (Learning Packages) وأطقم تعليمية (Kits) ودورات مصغرة (Minicourses) وتوليفات (Clustres)

ومهما اختلفت المسميّات أو الأشكال فإنها جميعها تتضمن:

- الأهداف التعليمية.

- الإختبارات القبلية.

- محتوى تعليمي وأنشطة مناسبة للأهداف.

- الإختبارات البعدية لقياس مدى تحقيق الأهداف المرغوبة (الأكرف، 1991).

* وفيما يلي تعريف بأكثر الأنماط والأساليب شيوعاً واستخداماً في برامج تدريب وإعداد المعلم:-

أ) الدورات المصغَرة (Minicourses):

الدورات المصغّرة هي إحدى صور تنظيم برنامج تدريب المعلمين القائم على أساس الكفايات، وهي تقوم على التعلم الذاتي على نحو يسعى إلى تمكين المتدرب من اكتساب مهارات تعليمية محددة بطريقة مفردة منطلقاً من شعور المتدرّب بحاجة إلى هذه المهارة أو تلك ومتقدماً بالسرعة التي تناسب ظروفه. وتعتبر الدورة المصغّرة عبارة عن رزمة تعليمية تقوم على أساس التعليم الذاتي وتركز الدورة المصغرة على كفايات أو مهارات محددة تعليمية تقوم على أساس التعلم الذاتي وتركز الدورة المصغرة على كفايات أو مهارات محددة ينبغي على المتعلم تعلمها في مدة زمنية قصيرة قد تستغرق حوالي شهر تقريباً (بخش، 1988).

قد تشتمل كل دورة مصغّرة على كتاب للمعلم يتضمن الأهداف والدروس التي تشتمل عليها والمهارات التي يتناولها كل درس، ثم توجيهات تساعد المعلم على كيفية التنفيذ، وتعالج كل مهارة من خلال بيان أهميتها وعرض التدريبات والأنشطة سواء كانت تحريرية أو مرئية بمشاهدة فيلم عن المهارة مثلاً، ويتضمن أيضاً أنشطة المتابعة (Follow- up)، والتقويم، كما يتم تزويد الطالب المعلم بالتغذية الراجعة بعد تحرير إجاباته في كراسات معدة لذلك. كذلك تضم الدورة المصغرة دليلاً للمتعلم نفسه يرشده خلال الأنشطة التعليمية التي تحتويها (الأكرف، 1991).

ب) التوليفات التدريبية (Clusters):

ويتمثل هذا النمط في حصر المهارات اللازمة للمعلم للقيام بمهامه التعليمية الأساسية، وتنظم هذه المهارات عى شكل متدرج تهتم كل مهارة على حدة بمواقف تعليمية بسيطة مع مراعاة التكامل بين هذه المهارات في مواقف أكثر تعقيداً باستخدام أسلوب التدريس المصغر. وقد قدّمت جامعة ستانفورد نموذجاً لمثل هذه البرامج، التي تهدف إلى تطوير برامج إعداد المعلم والتي أمكن فيها دمج المهارات التي ترتبط بإحدى المهام التعليمية مثل مهارات حث التلاميذ على المشاركة في المناقشة، توجيه الأسئلة، وزيادة مشاركة التلميذ في الأنشطة الصفية .... وكل مهارة من هذه المهارات تتضمن عدداً من المهارات الأخرى المنظمة بشكل هرمي متدرج (بخش، 1988).

ج) الوحدات التعليميّة (Modules):

تعد الوحدات التعليمية من أهم وسائط التعلم التي تقوم على نظام التعلم الذاتي، كما أنها تعد أداةُ رئيسية في برامج إعداد وتدريب المعلمين القائمة على الكفايات، وقد نالت اهتماماً أكبر في كثير من الدراسات التربوية المهتمة بهذا النوع من البرامج.

ويعرف باري جيمس الموديل التعليمي بوجه عام بأنه وحدة مستقلة تقدم على نحو نموذجي سلسلة من الأنشطة المدروسة والمصممة بشكل يساعد المعلم الطالب على تحقيق أهداف معينة (الأكرف، 1991).

ويقدم فارانت (Farrant) تعريفاً آخر للموديلات التعليمية فيقول: هي وحدات دراسية ذاتية المحتوى مستقلة عن بعضها البعض وتعتبر جزءاً من مقرر الوحدات التي يسهم كل منها بمفرده إسهاماً خاصاً في تعليم الطلاب، وباستمرارية تعلمه لوحدة تلو الأخرى يشكّل تراكمها معرفة متكاملة، ثم يشير إلى أن الموديلات التعليمية يمكن أن تأخذ أشكالاً وصوراً مختلفة مثل الكتيبات والعلب التي تحتوي على مواد التعلم الذاتي، مجموعة الألعاب التعليمية والمواد التعليمية التي يلحق بها وإختبارات تفيد في عملية التعلّم الذاتي (Farrant, 1990).

وتحتوي الوحدات التعليمية على مجموعة من الوسائل التعليمية التي تستخدم عادة على نحو متكامل مع نشاط التعليم والتعلم في هذه الوحدات الصغيرة، ويمكن تصنيف الوسائل التعليمية المستخدمة في الفئات التالية:-

أ- المواد المطبوعة: وتشمل الكتب والصور والرسوم بأنواعها والمذكرات والتعليمات وغيرها من المواد المطبوعة أو المنسوخة.

2- الوسائل التي تحتاج إلى أجهزة عرض معينة: وتشمل الأفلام (8) مم، والأفلام (16) مم، والأفلام الثابتة والشرائح الشفافة التي تعرض بواسطة جهاز العرض فوق الرأس أو تسجيلات على أشرطة الفيديو.

3- الوسائل السمعية: وتشمل التسجيلات الصوتية على سشرائط أو أسطوانات.

4- الأشياء الحقيقية: وتشمل الأشياء الحقيقية ذاتها من حيوان أو نبات أو جماد.

5- التفاعل الإنساني: وتشمل تفاعل المتعلم مع زملائه وتفاعله مع المعلم (القمش، 2004).

قضيةَ التسمية والتصنيف للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة

في السابق لم يكن موضوع التسمية والتصنيف موضوعاً ذا أهمية كبرى بالنسبة للأفراد غير العاديين، بل كان البقاء والمحافظة على الحياة هو الموضوع الأكثر الأهمية بالنسبة لهم. فاؤلئك الأفراد منعتهم جوانب العجز لديهم من المشاركة في النشاطات الضرورية للبقاء على قيد الحياة كانوا يهملون ويتركون إلى أن يحين فناؤهم. وفي بعض الحالات كانوا يتعرضون للقتل.

وفي السنوات اللاحقة لتلك الفترة، بدأ الناس يستخدمون التسميات للإشارة إلى الأفراد غير العاديين، وشاع استخدام تسميات مثل "المجانين" أو "الأغبياء" للأفراد ذوي الإعاقة العقلية أو المشكلات السلوكية. كما أُستخدمت تسميات أخرى غير لائقة لوصف الأفراد ذوي الإعاقات الجسمية أو ممن لديهم تشوهات خلقية.

وفي كل الحالات السابقة كان الهدف من التسمية هو عزل الأشخاص غير العاديين عن النشاطات والإمتيازات والتسهيلات التي يتمتع بها أفراد المجتمع العادي أو السوي.

وفي وقتنا الحاضر. لا زال موضوع التسمية والتصنيف للأفراد غير العاديين موضع جدل كبير. حيث يعتقد بعض التربويين بأن التسمية والتصنيف للأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة ما هو إلا شكل من أشكال العزل عن المجتمع السوي. في حين يجادل الفريق الآخر بأن تسمية وتصنيف الطلبة غير العاديين ما هو إلا متطلب سابق للحصول على الخدمات التربوية الخاصة والتي ستعمل بدورها على تأهيل هؤلاء الأفراد للإندماج في المجتمع العادي. إن موضوع التسمية والتصنيف هو قضية جدلية تتضمن إعتبارات نفسية وسياسية وأخلاقية. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 8).

مفهوم التسمية والتصنيف:

يقصد بالتسمية (Labeling) إطلاق إسم على مجموعة من الأطفال لديهم مواصفات مشتركة.

أما مصطلح التصنيف (Classification) فيقصد به ترتيب الأطفال في المجموعة الواحدة ضمن فئات ذات مواصفات مشتركة إذ يشير هوبز (Hobbes, 1975) إلى مصطلح التسمية على أنه وضع الطفل ضمن مجموعة ما، كمجموعة الإعاقة العقلية أو الإعاقة السمعية، أو مجموعة الإعاقة البصرية أو مجموعة الأطفال الموهوبين أو مجموعة الأطفال

ذوي صعوبات التعلم ... إلخ، وهي تعني بالإضافة إلى ذلك تسمية أو إطلاق تسمية على طفل ما ينتمي إلى مجموعة ما من مجموعات الأطفال غير العاديين.

أما مصطلح التصنيف، فهو يعني وضع الطفل غير العادي ضمن فئات أو درجات مجموعة ما من مجموعات الأطفال غير العاديين، كأن نصف مجموعة الإعاقة العقلية إلى مجموعة ذوي الإعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة أو الشديدة وهكذا بالنسبة لمجموعات الإعاقة الأخرى (الروسان، 1998، ص: 63).

وفيما يلي مزايا وعيوب التسمية والتصنيف للأطفال غير العاديين حسب وجهة نظر مؤيدي ومعارضي التسمية والتصنيف:

مزايا التسمية والتصنيف:

1- التسمية والتصنيف قد تقود إلى أنواع محددة من العلاج أو التدخل التربوي.

2- التسمية قد تقود إلى شكل من أشكال الحماية للطفل، فالسلوك غير العادي سيكون أكثر قبولاً إذا أصدره طفل غير عادي مما لو أصدره طفل عادي.

3- تساعد التسميات المختصين في التواصل فيما بينهم وفي تصنيف وقياس النتائج البحثية.

4- تساعد التسمية والتصنيف في الحصول على التمويل لبرامج التربية الخاصة، إذ أن التمويل غالباً ما يكون مرتبطاً بفئة محددة من فئات الحالات الخاصة.

5- التسميات والتصنيفات تجعل الحالات الخاصة للأفراد غير العاديين أكثر وضوحاً بالنسبة لعامة الناس.

6- تساعد إجراءات التسمية والتصنيف على إصدار القوانين والتشريعات الخاصة بكل فئات التربية الخاصة.

7- تساعد التسمية والتصنيف على إعداد الكوادر المؤهلة لكل فئة.

عيوب التسمية والتصنيف:

1- تدفع التسمية الآخرين للنظر إلى الفرد من زاوية الضعف لا من زاوية القوة لديه لأن التسمية تركز غالباً على جانب العجز.

2- التسميات والتصنيفات قد تسبب انخفاض توقعات الآخرين من الطفل ذو الحاجة الخاصة.

3- التسميات التي تصف جانب العجز في الأداء لدى الطفل قد يفسر خطأ على أنها تفسيرات سببية للسلوك (نقول مثلاً: إن خالد يتصرف بهذه الطريقة لأنه مضطرب سلوكياً).

4- تقترح التسميات بأن المشكلات التعلمية التي يواجهها الطلبة غير العاديين هي ناتجة أساساً عن خلل ما لدى الطفل، مما يقلل من إحتمالية فحص العوامل الأخرى المسببة لهذه المشكلات، وقد يتخذ المعلم هذا الأمر كذريعة لفشل التدريس (نقول مثلاً: أن منى لا تقرأ تعاني من صعوبات تعلم).

5- قد تؤدي التسمية إلى ضعف مفهوم الذات لدى الطفل غير العادي.

6- قد تؤدي التسمية إلى رفض الأقران للطفل غير العادي.

7- التسميات التي إنبثقت عن التربية الخاصة فيها شيء من الديمومة، بمعنى أنه من الصعب إزالة التسمية عن الطفل في وقت لاحق.

8- تصنيف الطلبة غير العاديين يتطلب الكثير من الجهد والوقت والمال ومن الأفضل صرف هذا الجهد والوقت والمال على تخطيط التدريس وزيادة فعاليته. (الصمادي وآخرون، 2003، ص: 9).

9- تعمل إجراءات التسمية والتصنيف على تشويش المفاهيم والمصطلحات المرتبطة بالإعاقة لدى الرأي العام، فعلى سبيل المثال يخلط الكثير من الأفراد بين مصطلح الطفل المعاق عقلياً ومصطلح الطفل المريض عقلياً أو نفسياً.

10- تعمل إجراءات التسمية والتصنيف على تعزيز نظرية الإنحراف الاجتماعي (Social Deviance Theory) والتي ينظر فيها إلى الإعاقة على أنها إنحراف على معايير المجتمع السوي. (الروسان، 1998، ص: 74).

قضية استخدام التكنولوجيا الحديثة في مجالات الإعاقة

لقد قدمت التكنولوجيا الحديثة الكثير من الحلول لتسهيل المهمات الحياتية اليومية للمعاقين بأقل جهد وأقل عناء وبأقل تكلفة أيضاً ونستطيع أن نلخص أهم الآثار الإيجابية الخاصة بوضع التكنولوجيا الجديدة في متناول المعوقين في حياتهم بالنقاط الآتية:

1- تطوير مهارات تساعدهم في الاعتماد على أنفسهم في مواجهة حياتهم العملية.

2- تحسين قدراتهم على الاتصال.

3- الإرتقاء بقدرتهم على الحركة والإنتقال.

4- زيادة فرص العمل المتاحة لهم بفضل تدريبهم ومساعدتهم في التكيف مع وظائفهم.

5- تطوير مهاراتهم للحفاظ على سلامة صحتهم العقلية.

6- تحسين التدابير الطبية المتعلقة بالسيطرة على الأمراض.

ويعتمد التشخيص والمداواة والعلاج الطبيعي والفسيولوجي أكثر على التقدم الذي تم إنجازه في المجالات التكنولوجية، ويتم الآن تطوير تطبيقات جديدة في مجالات التعليم، والتدريب، وخدمات التأهيل والعمالة. وتساعد الابتكارات الخاصة بالحاسبات والأجهزة الإلكترونية على تحسين القدرة على إجراء الاتصالات، مما يساهم في تحقيق الاعتماد على النفس للمعوقين وفي تيسير دمجهم في مجريات الحياة اليومية في المجتمع المحيط بهم، بغض النظر عن طبيعة الإعاقة ودرجتها.

وتتمتع الحواسيب والتطبيقات الإلكترونية بميزات خاصة في مجال التأهيل المهني وتهيئة المعاق للعمل، كما تسهل إدماجه في المجال الإنتاجي. أما بالنسبة لفرص العمالة فإن لها أهمية خاصة بالنسبة للمعوقين إذ أنها تمكنهم من تحقيق حياة مستقلة ومنتجة، وبالتالي الحفاظ على كرامتهم الإنسانية. وبفضل التطورات المتقدمة التي أحرزتها التكنولوجيا الجديدة (لا سيما التكنولوجيا القائمة على الحواسيب الآلية) تبدو التوقعات الخاصة بإيجاد فرص عمل للمعاقين مشجعة جداً.

والسؤال الذي يطرح نفسه في هذا الصدد هو: ما هي الأجهزة والأدوات التي يمكن توظيفها لخدمة المعاقين؟

هناك أجهزة عديدة منتشرة في مناطق مختلفة من العالم منها ما هو بسيط وبدائي ومنها ما هو متقدم وأكثر تعقيداً، ويمكن هنا أن **نوجز أهم هذه الأدوات والأجهزة حسب فئات الإعاقة:**

- الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة الحركية والجسمية:

من المعروف بأن أكثر الإعاقات استفادة من الأجهزة والأدوات الصناعية هم المعاقون حركياً أو جسدياً، ومن أسباب ذلك أن الكثير من الإصابات الحركية والجسمية تكون بسبب الحروب أو المصانع أو في الأعمال المختلفة التابعة للشركات الكبرى. ولذا فإن المؤسسات العسكرية في أية دولة تحاول مساعدة الجنود الذين يتعرضون للإصابات

الجسمية خلال الحروب، بإيجاد الأجهزة والأدوات التعويضية لهم وهو ما يعرف بالتأهيل وإعادة التأهيل في هذا المجال، كذلك تحاول المصانع والشركات الكبرى أيضاً أن توجد الأجهزة والأدوات التعويضية للمصابين لتجعلهم قادرين على الإنتاج والعطاء بالقدر الممكن مما يقلل على هذه الشركات والمصانع وشركات التأمين ومؤسسات الضمان الاجتماعي في العالم الكثير من التكاليف المالية والتي تنفق في مجال التعويض. ولكن ومهما كانت الأسباب وراء تطوير التكنولوجيا للمعاقين فالمستفيد الأول هو المعاق نفسه من استخدام هذه الأدوات. ومن الأدوات والأجهزة المعروفة في مجال المعاقين حركياً وجسمياً ما يلي:-

أ) الكراسي المتحركة للمقعدين وفيها الأنواع التالية:-

1- الكراسي المتحركة والتي تعمل بتحريكها يدوياً.

2- الكراسي المتحركة آلياً أو كهربائياً.

3- الكراسي المتحركة إلكترونياً والتي يمكن تشغيلها بوساطة الذبذبات الصوتية.

ب) أجهزة الحاسوب حيث يتوافر لها برامج خاصة تناسب المهمات المطلوبة للمعاقين.

ج) أدوات التعويض: والمقصود بها الأدوات والأجهزة التي تقوم بوظائف الأعضاء الجسمية المفقودة.

- **الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة البصرية:**

أ) استخدام الأجهزة الخاصة بتحويل المادة المكتوبة إلى ذبذبات خاصة يمكن للمعاق بصرياً أن يميزها وبالتالي يتمكن من قراءة النص المكتوب، ولكن هذه الأجهزة ما زال استخدامها على نطاق ضيق بسبب كلفتها العالية.

ب) استخدام الحاسوب وربطه مع أجهزة بريل المطورة.

ج) استخدام أجهزة الاوبتكون المطورة لتساعد المعاقين بصرياً على قراءة النصوص المكتوبة.

د) استخدام أجهزة خاصة للمعاقين بصرياً تساعدهم على الحركة في الاتجاه الصحيح وتحذرهم وترشدهم في حال وجود العقبات أمامهم. وهي بمثابة أجهزة استشعار.

هـ) أما في حالة المعاقين بصرياً بشكل جزئي فقد تم تطوير أجهزة خاصة لتكبير النصوص المكتوبة يمكن أن تلصق بالنظارة كما ويمكن أن تساعد المعاق بصرياً في

مشاهدة التلفاز وأن يتمكن من قراءة النصوص المكتوبة على التلفاز وذلك من خلال تكبيرها بوساطة تلك الأجهزة الحديثة.

- الأدوات والأجهزة الخاصة بالإعاقة السمعية:

وفي مجال الإعاقة السمعية فقد تم تطوير الأجهزة العديدة منها:-

أ) الحنجرة الإلكترونية.

ب) زراعة أجهزة الأذن الداخلية.

ج) أجهزة النطق وأجهزة تركيب الكلام.

د) استخدام الحاسوب في تحويل صوت مستخدم الجهاز إلى صورة يمكن مشاهدتها.

وحول أهمية تطوير واستخدام التكنولوجيا للمعاقين فقد جاء في توصيات مؤتمر الاسكوا بخصوص قدرات وحاجات المعوقين ما يلي:

1- العمل على تكييف التقنيات المتقدمة في الدول الصناعية لإشباع الاحتياجات المحلية ونقلها إلى الإقليم من خلال تدريب الكوادر.

2- تشجيع استخدام الحاسوب لمساعدة إندماج المعاقين في المجتمع وقد تتضمن الحملة تكييف الأجهزة التي تجعلها متاحة لقطاعات متنوعة من المعاقين كما تتضمن تطوير حزم برامج ملائمة.

3- تشجيع الإنتاج المحلي للتقنيات الملائمة والمبسطة الخاصة بالكراسي المتحركة والأطراف الصناعية ومعينات الحركة وغيرها على أن تأخذ في اعتبارها الظروف الاقتصادية والاجتماعية والثقافية السائدة في مجتمعاتها. كذلك حث الحكومات على تنفيذ مشروعات رائدة لإنشاء صناعات تأهيلية مناسبة وإرساء نظام لتوزيع هذه المعينات.

4- بذل جهود حثيثة لتعريب نظام المخاطبة الآلية والذكاء الاصطناعي وغيرها من النظم المعتمدة على الحاسوب. ونظراً لغياب اللغة العربية عن تقنيات الحاسوب ولصعوبتها. فإنه لا بد من عمل الأبحاث اللازمة حول تعريب نظام الحاسوب بما يتلاءم مع برامج المعوقين.

5- أن تقوم الحكومات، كلما أمكن ذلك، بدعم حيازة التقنيات المتقدمة آخذة بعين الاعتبار عدم إمكانية الفصل بين النفقة العالية للتقنيات الحديثة ونفقة الصيانة والخدمة. وفي

هذا المجال، يعتبر التعاون الدولي والإقليمي وسيلة ناجعة لتوسيع الأسواق وبالتالي تخفيض تكلفة الوحدة.

6- توسيع مشاركة الخبراء العرب وخاصة المعاقين منهم في الندوات والمعارض والأنشطة على المستويين الإقليمي والدولي ليستطيعوا مسايرة الاختراعات الحديثة. (سالم. 1994، ص: 493-495).

قضيّة التدخّل المبكر (Early Intervention)

يشمل التدخل المبكر تقديم خدمات متنوعة طبية واجتماعية وتربوية ونفسية للأطفال دون السادسة من أعمارهم الذين يعانون من إعاقة أو تأخر نمائي أو الذين لديهم قابلية للتأخر أو الإعاقة.

مبررات التدخّل المبكر

هناك العديد من المبررات للتدخّل المبكر، وفيما يلي أهم هذه المبررات:

1- إن التدخل المبكر يخفف من الآثار السلبية للإعاقة.

2- إن التدخل المبكر يزود الأطفال بأساس متين للتعليم التربوي والاجتماعي للمراحل العمرية اللاحقة.

3- هناك جدوى اقتصادية للتدخّل المبكر أكثر من التدخّل المتأخر.

4- إن معظم مراحل النمو الحرجة تحدث في السنوات الأولى من العمر.

5- إن التعليم الإنساني في السنوات الأولى أسرع وأسهل من التعلم في أية مراحل عمرية أخرى.

6- إن النمو ليس نتاج الوراثة فقط ولكن البيئة تلعب دوراً حاسماً وفعالاً أيضاً مما يزيد أهمية التدخل المبكر.

7- إن للتدخل المبكر أثراً بالغاً في تكيف الأسرة والتخفيف من الأعباء المادية والمعنوية نتيجة وجود حالة الإعاقة لديها. (Haydan &Pious, 1997).

حالات الإعاقة الأكثر إستفادة من التدخل المبكر

يمكن تصنيف حالات الإعاقة التي تستطيع الاستفادة من خدمات التدخل المبكر إلى سبع مجموعات وفق ما ذكره بيجو (Bijou, 1988):-

1- الأطفال الأكثر عرضة للإصابة من الناحية:-

- الفطرية مثل الأطفال المصابين بمتلازمة داون (المنغولية).
- البيئية.
- الطبية والبيولوجية.

2- الأطفال المتأخرون نمائياً.

3- الأطفال المصابون حركياً.

4- الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل.

5- الأطفال الذين يعانون من مشكلات سلوكية.

6- الأطفال شديدو الاضطراب الإنفعالي مثل حالات فصام الطفولة.

7- الأطفال المصابون في أحد الجوانب الحسية التالية:

- السمعية.
- البصرية.
- السمعية والبصرية معاً. (القريوتي وآخرون، 1995، ص:466).

هل يشكل التدخل المبكر مشكلة في الدول النامية؟

لقد لخّص تقرير اليونسيف الصادر عام (1989) المشكلات ذات العلاقة بمجالي الوقاية والتدخل المبكر في الدول النامية بما يلي:

1- إنعدام أو عدم كفاية البرامج القائمة حول الوقاية أو العوامل المسببة للإعاقة.

2- إنخفاض الوعي الصحي والتعليمي لدى نسبة عالية من السكان.

3- إن غالبية السكان في الدول النامية هم من الفئات المحرومة.

4- اعتبار خدمات الوقاية والمعالجة للمعوقين في أدنى سلم الأولويات لدى الكثير من المجتمعات النامية.

5- غياب المعلومات الدقيقة حول الإعاقة وأسبابها والوقاية منها لدى المجتمعات النامية.

مشاريع وبرامج التدخّل المبكر العالمية الحديثة

نتيجة لصدور تشريعات طالبت بشكل مباشر بضرورة التدخّل المبكّر في سن مبكرة

وخصوصاً في عامي (1967 و 1973) فقد تمخض عن هذه التشريعات وما تلاها من قوانين متلاحقة دعم وتوفير عشرين برنامجاً في التدخل المبكر من أصل أكثر من مائتي برنامج ثم تقديمهم في العقدين الماضيين من أبرزها:

- مشروع بورتيج (Portage Project)
- مشروع هيت ستارت (Heat Start Project)

وفيما يلي عرض لأهم البرامج التي لاقت رواجاً عالمياً ألا وهو مشروع البورتيج.

مشروع بورتيج (Portage Project)

يعد مشروع بورتيج في التدخل المبكر والمطور عام (1968م) والذي تم تنفيذه من قبل شيرر وشيرر (Shearer &Shearer, 1978) من اكثر البرامج التي لاقت رواجاً واستحساناً ليس فقط على مستوى الولايات المتحدة الأمريكية وإنما على المستوى الدولي أيضاً. فقد تم التحقق من مدى فعاليته في مختلف البيئات والظروف وفي العديد من دول العالم مثل قطاع غزة، والهند والفلبين واليابان وإنجلترا وبلدان أخرى) ويعتبر هذا النموذج أيضاً أحد البدائل الإبداعية والفعالة التي أسهمت خلال العقدين الماضيين في توفير الخدمات التربوية العلاجية لحالات الإعاقة المختلفة وأسرهم وذلك ضمن بيئة الطفل الطبيعية المتمثلة في منزله. ويتمتع هذا النموذج باستراتيجية مرنة وناجحة يمكن توظيفها في مختلف البيئات الثقافية والاجتماعية من خلال حذف أو تعديل بعض الفقرات لكي تتلاءم مع أية معطيات محلية، ومن ثم تنظيمه للأنشطة والمهمات وتقديمها بشكل متسلسل وفردي. إضافة إلى تلك المميزات فإن نظام بورتيج ينفرد بسهولته ويسر استخدامه نظراً لأن متطلباته وكذلك الأعباء التي يفرضها على العاملين أو على أسر المعاقين تعتبر محدودة وليست مرهقة.

ومن ناحية أخرى فإن الملامح الرئيسية لبرنامج بورتيج في التدخل المبكر تتمثل في أن إجراءاته العلاجية وأنظمته التربوية تنقل التركيز من الأسرة على أنها متلقية ومستقبلة فقط للخدمات إلى كونها مشاركاً رئيسياً في اتخاذ القرارات المتعلقة بنمط تلك الخدمات والأنشطة المصاحبة لها. وقد استفاد العديد من المهتمين والمؤسسات والجهات المعنية ببرامج المعوقين من هذا التوجه الخلاق الذي يعتمد على استراتيجيات فعالة في التدريس الموصوف (Precision teaching) وما يتم تقديمه من خدمات مجتمعية رسمية أو غير رسمية وذات تكلفة مادية منخفضة.

ونظراً لما تمت الإشارة إليه من أهمية ومبررات قوية تدل على فعالية مشروع بورتيج في التدخل المبكر، فإن طرحه من حيث تطوره ومناقشة مضامينه الرئيسية وتجارب استخدامه من قبل بعض الدول النامية مثل: الفلبين وموريشوس ونيبال سوف يساعد تلك الجهات التي ترغب في تقديم خدمات مبكرة من توظيفه والاستفادة منه بشتى الطرق والوسائل. فمن الأهمية بمكان ملاحظة أن الهدف الأولي للبرنامج كان يتلخص منذ البداية في إنشاء صفوف لحالات الأطفال الذين يعانون من إعاقات معينة في المجتمعات الريفية في منطقة وسكنسن وذلك منذ الولادة وحتى سن السادسة. ولدى تنفيذ البرنامج وفق أهدافه الأولية تلك فقد واجه العديد من المشكلات منها ما يتعلق بالمواصلات وعدم رغبة بعض الأسر في وضع أطفالها في فصول خاصة في سن مبكرة، وكذلك شدة الإعاقة لدى بعض الأطفال وصعوبة التعامل معهم. ونتيجة لوجود مثل تلك الظروف المتعلقة معظمها في صفوف تواجد الأطفال في غرفة الصف، فقد بدأ منذ السنة الثانية للمشروع في وصول المدرّس لتلك الحالات بدلاً من إحضارهم للمؤسسة، وبالتالي بدأ البرنامج بتوفير الخدمات المجتمعية عن طريق قيام ثلاثة مدرسيين بزيارات أسبوعية مدتها ساعة ونصف لما مجموعه أربعون أسرة.

وقد مر تطوير مشروع بورتيخ بالعديد من المراحل والتجارب التي ساعدت في وصوله إلى صورته الحالية. فقد كان للأنشطة والأهداف التي وصفت من قبل العاملين في البرنامج منذ المرحلة الأولى لتطويره دور كبير في صياغة المنهاج الأولي للمشروع. وقد اعتمد المشروع في المرحلة الأولى التي امتدت ثلاث سنوات على الأسس والمبادئ التالية:-

1- يشكل الوالدان أكثر الأفراد المعاقين فعالية في تقديم الخدمات التربوية لأطفالهم.

2- يعتبر المنزل أفضل بيئة للتعلم الطبيعي للطفل.

3- تخصص الملفات لكل من الأطفال وأولياء أمورهم وذلك نظراً للفروق القائمة فيما بين كل حالة منهم.

4- إتاحة المجال لاختيار أي من أساليب التدريس من مثل الأساليب النمائية المتسلسلة أو استخدام المدخل السلوكي في المعالجة.

5- تتخذ القرارات بناءً على المعلومات والبيانات المتوافرة في السجلات من أجل ضبط ومتابعة مدى النجاح في تنفيذ المهمات.

6- لقاءات أسبوعية فيما بين فريق العمل في البرنامج لمتابعة تنفيذ البرنامج أو أية مشكلات أخرى.

7- يمكن أن يصبح الوالدان أكثر فاعلية وإسهاماً في نجاح البرنامج بعد تلقيهما التدريب الملائم والإشراف المباشر.

استمر تنفيذ البرنامج على المستوى المحلي وتوسعت خدماته لتشمل مناطق ومراكز أخرى. ففي الفترة الواقعة بين عامي (1972 و 1975) تم تدريب عدد أكبر من العاملين وبناء علاقات إيجابية مع العديد من مشروعات التدخل المبكر المشابهة. وقد كان تركيز فترة التوسع هذه للمشروع ضمن المرحلة الثانية منذ عام (1975) على الوصول إلى أعداد أكبر من فئات المجتمع المحرومة وتقديم مناهج أكثر تطوراً. وقد تم التحقق من ذلك من خلال التعاون مع مشروع .(Head Start)إضافة إلى ذلك فقد بدأ نهاية عام (1975) في الانتشار عالمياً كما تمت الإشارة إلى ذلك سابقاً.

أما من حيث التوجهات الحالية والمستقبلية لمشروع بورتيج فقد أوضح (جيسن ١٩٨٨) أنها تقع ضمن الأطر التالية:

1- توجيه الخدمات المجتمعية العلاجية نحو الأطفال الرضع وأسرهم وخاصة حالات الذين يعانون من إعاقات شديدة أو متعددة أو من يعانون من إصابات وأمراض مزمنة.

2- تطوير المناهج الصفية المصممة لحالات الإعاقة البسيطة والمتوسطة منذ سن الثانية وحتى السادسة. وتهدف هذه البرامج المقدمة في أوضاع الدمج المختلفة إلى تنمية مهارات الكفاية الاجتماعية والاستقلالية وتغذية مشاعر احترام الذات.

3- تطوير برامج تدريبية تعتمد على تنمية الكفايات اللازمة وتشتمل في نفس الوقت على ستة نماذج وجوانب تدريبية ذات علاقة بالاتجاهات والمهارات اللازمة للعاملين في مؤسسات التربية الخاصة.

4- التركيز باستمرار على تطوير المصادر والمواد التعليمية والأنشطة والمهارات المختلفة بحيث يمكن لأولياء الأمور الاستفادة المستمرة منها. (القريوتي وآخرون، 1995).

قضية مدرسة المستقبل (مدرسة الجميع / مدرسة الدمج الشامل) (Inclusive School)

لقد ظهرت في منتصف الثمانينات من القرن الماضي مصطلحات الدمج الشامل (In clusion) ومدرسة الدمج الشامل (Inclusive School) والتكامل (Integration) في

الأدب التربوي، وذلك للإشارة ((إلى عملية تعليم الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة ضمن برامج التربية العامة)) ولا يستدعي التكامل أو مدرسة الدمج الشامل أن يكون لدى الطلاب مهارات محددة تجعلهم جاهزين ومناسبين للبرامج التربوية الموجودة كما هو الحال في برامج الدمج (Mainstreaming)، ولكنها بدلاً من ذلك تعمل على إعداد البيئات الصفية الداعمة للاحتياجات التربوية والاجتماعية لجميع الطلاب سواء المعوقين منهم أو العاديين. (Bradley, et. al, 1997).

أسباب تطوير مدارس المستقبل (مدرسة الدمج الشامل)

إن ذلك يعود لاعتبارات عديدة أدركها المجتمع والأهالي والمعلمين والمشرعين وهذه الاعتبارات هي:-

الاعتبارات الأخلاقية (Ethical Considerations)

تبرر الاعتبارات الأخلاقية المتمثلة في العدالة وحقوق الأفراد نقل الطلاب من برامج الفئات الخاصة وتقديم الدعم لمدارس الحي والمجتمعات المحلية لإستقبال هؤلاء الطلاب للوصول إلى تربية نوعية وحياة شبيهة بحياة الآخرين في مجتمعهم.

الاعتبارات القانونية (Legal Considerations)

يعتبر الفصل يتعارض مع المساواة التي هي حق مدني يكفله القانون، فعلى سبيل المثال يتطلب القانون العام الأمريكي رقم (142/94) الذي ينص على التربية لجميع الطلاب أن يتلقى الأفراد المعوقين تربيتهم في البيئة الأقل تقييداً.

الاعتبارات التربوية (Educational Considerations)

بالإضافة إلى الاعتبارات الأخلاقية والقانونية لتكامل الطلاب المعوقين فإن لذلك قيمة تربوية أيضاً فكلما قضى الطلاب المعوقون وقتاً أطول في فصول المدرسة العادية في الصغر. كلما زاد تحصيلهم تربوياً ومهنياً مع تقدمهم في العمر. (Bradley, et. al, 1997).

إعداد مدرسة المستقبل (مدرسة الدمج الشامل)

هناك عدد من العوامل الهامة التي يجب أخذها بالاعتبار عند إتخاذ خطوة التحول إلى مدرسة الدمج الشامل. وهذه العوامل هي:-

1- تهيئة جو وفلسفة مدرسية قائمة على الديمقراطية والمساواة.

2- الحصول على دعم وأفكار جميع من سيقومون بالمشاركة (من أولياء أمور ومعلمين وطلاب... إلخ.

3- تكامل الطلاب بالإضافة إلى العاملين والمصادر بحيث يتمكن كل معلمي التربية الخاصة والعامة من العمل معاً.

4- الاستفادة من أفضل الممارسات التربوية التي توفرها المدرسة.

وهناك عدد من الممارسات التي يجب أن تتوفر كي تنجح عملية الدمج الشامل، وهذه الممارسات هي:-

- دمج كل طفل معوق في البرنامج العادي مع الطلاب العاديين لجزء من اليوم الدراسي على الأقل.
- تكوين مجموعات غير متجانسة كلما كان ذلك ممكناً.
- توفير أدوات وخبرات فنية.
- تعديل المنهج عند الضرورة.
- إعطاء معلومات حول كيف يتعلم الطلاب بدلاً من تحديد ما بهم من أخطاء.
- توفير منهج المهارات الاجتماعية.
- تطبيق الممارسات التعليمية المعتمدة على توافر البيانات.
- تشجيع الطلاب من خلال استخدام أساليب مثل تعليم الأقران والتعليم التعاوني.
- التطوير المستمر للعاملين.(Halvorsen &Sailor, (Tessier -Switlick, 1990) 1990)

المنهج في مدرسة المستقبل (مدرسة الدمج الشامل)

المنهج في مدرسة المستقبل يتسم بالشمولية والمرونة فهو شامل لجميع الأطفال باختلاف قدراتهم وإمكاناتهم واستعداداتهم التعليمية.

فقد أشار البيان الصادر عن المؤتمر العالمي حول تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة إلى أن (مرونة المنهاج الدراسي) تعني:-

1- مواءمة المنهاج لاحتياجات الأطفال وليس العكس.

2- توفير الدعم التعليمي الإضافي للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة في إطار المنهج الدراسي العادي وليس تطوير منهاج خاص لهم.

3- إعادة النظر في إجراءات تقييم أداء الأطفال وجعل التقييم المستمر جزءاً لا يتجزأ من العملية التربوية.

4- توفير سلسلة متصلة الحلقات من الدعم للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة حسب الحاجة بدءاً بالمساعدة في المدرسة وانتهاءً بالمساعدة خارج المدرسة.

5- توظيف التكنولوجيا لتيسير الاتصال والحركة والتعليم. (Ford, et. al, 1992).

عائد الدمج المدرسي الشامل

- الفوائد والمزايا الأكاديمية:

لقد إتضح أن الطلاب المعوقين في مواقف الدمج الشامل يحققون إنجازاً أكاديمياً مقبولاً بدرجة كبيرة في الكتابة، وفهم اللغة، واللغة الإستقبالية. (Marwell, 1990).

كما أشار هالفورسن وسيلور (Halvorsen &Sailor, 1990) أن هناك زيادة في عدد أهداف البرامج التربوية الفردية (IEP)التي تنجز وتحقق، وقد أظهرت دراسات عديدة أن الطلاب الذين وضعوا في برامج الدمج الشامل قد حققوا تحسناً أكثر وبدرجة دالة من الطلاب الذين تم تجميعهم وفق مستويات القدرة في مدارس التربية الخاصة.

أما أهم الفوائد الأكاديمية التي حدثت عند تطبيق تجربة الدمج الشامل فهي كما يلي:-

1- أصبح معلموا التربية الخاصة يقضون وقتاً أكثر في تقديم خدمة مباشرة للطلاب بدلاً من من حضور الاجتماعات وإجراء الإختبارات .

2- من المرجح حدوث تواصل في البرامج الأكاديمية للمستويات الصفية.

3- أصبح الطلبة يستفيدون من وقت التدريس بشكل أفضل بسبب أنهم لا ينتقلون من فصل لآخر لتلقي خدماتهم الخاصة.

4- أصبح معلموا التربية الخاصة أكثر كفاءة في استخدام العديد من أساليب التدريس التي تفيد جميع الطلاب. (برادلي وآخرون، 2000).

- الفوائد والمزايا الاجتماعية:

يوفر الدمج الشامل للطلاب المعوقين فرصتين أساسيتين هما:-

- التطبيع.(Normalization)

- المشاركة الوظيفية التامة (Ultimit Functioning)

ويعني ذلك أن من حق الأفراد المعوقين أن توفر لهم الفرص ليشاركوا في الحياة مشاركة وظيفية تامة، وهذا يعني بأن يشاركوا في برامج اكتساب المهارات التي من شأنها تحسين أدائهم الوظيفي في البيئة العامة. (Brown, et.al, 1987).

كذلك فإن من فوائد الدمج الشامل أنه يقدم للطلاب المعوقين عدداً من الفرص التعليمية والنماذج الاجتماعية، ويقلل من الوصم بالإعاقة والتصنيف الذي يصاحب برامج العزل.

ويمكن تلخيص أهم الفوائد الاجتماعية للدمج الشامل بما يلي:-

1- مكّن الدمج الشامل الطلاب المعوقين من تعميم مهاراتهم للبيئة غير المعاقة (البيئة العادية).

2- وفّر الدمج الشامل للطلاب المعوقين الفرص لإقامة العلاقات التي يحتاجون إليها للعيش.

3-ساعد الدمج الشامل الطلاب المعوقين للمشاركة في الأعمال والأنشطة الترفيهية.

4- شجع الدمج الشامل الفرد غير العادي الذي تربى في برنامج الدمج أنه يبحث عن ترتيبات حياتية اكثر عادية. (برادلي وآخرون، 2000، ص: 31).

بيان (سلامنكا) ومدرسة الدمج الشامل

لقد أكد بيان سلامنكا الذي أُقيم في إسبانيا عام (2000) بشأن المبادئ والسياسات في تعليم ذوي الاحتياجات الخاصة وإطار العمل في مجال تعليم ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة، إلى أهمية إعداد جميع المعلمين على نحو يجعلهم عاملاً رئيسياً من عوامل فلسفة التربية للجميع والمدارس الجامعة واقترح البيان ما يلي:

1- التركيز في برامج إعداد المعلمين قبل الخدمة على تطوير المواقف الإيجابية من الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة.

2- التأكيد على أن المهارات والمعارف اللازمة لتعليم هؤلاء الأطفال هي ذاتها المهارات والمعارف المطلوبة للتعليم الجيد.

3- الاهتمام بمستوى كفاية المعلم في التعامل مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة عند منح شهادات مزاولة مهنة التعليم.

4- تنظيم الحلقات الدراسية وتوفير المواد المكتوبة للمديرين والمعلمين ذوي الخبرة الواسعة، ليقوموا بدورهم في دعم وتدريب المعلمين الأقل خبرة.

5-دمج برامج إعداد معلمي التربية الخاصة في برامج معلمي الصفوف العادية.

6- قيام الجامعات ومعاهد التعليم العالي بإجراء البحوث وتنفيذ البرامج التدريبية التي تعزز دور معلمي ذوي الاحتياجات الخاصة.

7- إشراك الأشخاص المعوقين المؤهلين في النظم التعليمية ليكونوا نموذجاً يحتذى به. (إنترنت).

مـراجـع الفصل الحادي عشر

- المراجع العربية:

- الأحمد. نزار عارف (1993). أثر برنامج تدريب المعلمين أثناء الخدمة على الممارسات التدريسية الصفية لمعلمي الرياضيات للصف العاشر الأساسي في الأردن. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان. الأردن.
- الأحمد. عبد الرحمن (1987). إعداد المعلمين وتدريبهم في دولة الكويت. إدارة التربية. تونس. منشورات اليونسكو.
- الأكرف. مباركه صالح (1990). تطوير برامج معلمة الفصل أثناء الخدمة بدولة قطر في ضوء مدخل الكفايات. رسالة دكتوراة غير منشورة. جامعة عين شمس. مصر.
- بخش. هاله طه (1988). تنمية أداء المعلمات في كفاءات تدريس الكيمياء بالمرحلة الثانوية بالمملكة العربية السعودية. رسالة دكتوراة غير منشورة. جامعة عين شمس. مصر.
- برادلي. ديان وآخرون: مترجم: السرطاوي. زيدان. الشخص. عبد العزيز. الجبار. عبد العزيز (2000). الدمج الشامل لذوي الاحتياجات الخاصة. مفهومه وخلفيته النظرية. دار الكتاب الجامعي. العين. الإمارات العربية المتحدة.
- الخدام. مريم (1995). تقويم الكفايات التعليمية لدى معلمي التربية الرياضية للمرحلة الثانوية في عمان الكبرى. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان. الأردن.
- الروسان. فاروق (1998). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة. دار الفكر للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
- السادة. إبراهيم هاشم (1987). التعليم الابتدائي في دولة قطر في ضوء الإتجاهات المعاصرة. دراسة تحليلية. دار الطباعة الحديثة. القاهرة. مصر.
- سالم. ياسر (1994). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الأولى. منشورات جامعة القدس المفتوحة. عمان. الأردن.
- الصمادي. جميل. الناطور. ميادة. الشحومي. عبد الله (2003). تربية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. الطبعة الأولى. منشورات الجامعة العربية المفتوحة. الكويت.
- التريوتي. يوسف. السرطاوي. عبد العزيز. الصمادي. جميل (1995). المدخل إلى التربية الخاصة. دار القلم. دبي.
- القمش. مصطفى (2004). اعداد برنامج تدريبي أثناء الخدمة لرفع كفاءة معلمي الأطفال المعوقين عقلياً في مجال أساليب التدريس وتقييم فاعليته. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية. عمان. الأردن.
- مرعي. توفيق. الحيلة. محمد (2002). طرائق التدريس العامة. ط1. دار المسيرة. عمان.الأردن.

- ملحم، سامي، الصباغ، ميّاز (1991). برنامج مقترح لتدريب معلمات المواد الاجتماعية العاملات في مرحلة الدراسة الثانوية بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة الملك سعود.3 (2).

- الناقة، محمود كامل (1987). البرنامج التعليمي القائم على الكفايات. أسسه وإجراءاته. ط1، مطابع الطوبجي التجارية، القاهرة.

- المراجع الاجنبية:

-AL -Razik, Tahir, and AL shibiny, Mohamad (1986),**The Identification of Teaching Copetencies, astudy of Omani primary Teachers**, Sultanat of Oman: Minisry of Education and youth Affaris.

-Bradley, D. F., King- Sears, M.E &Tessir -Switlick, D.M., (1997), **Teaching students In Inclusive Settings: Theory**, Allyn and Bacon: Boston.

-Brown, L., Bogan, P., Shiraga, B., (1987), **Avocational follow- up evalution of the Madison Metroplition School District graduates with severe Intellectual 1984-1986 disabilities.** Madison: University of wiscousin and Masisco Metropolitan School District.

-Farrant, J. S., (1990), **principles and practice of Education** (2^{nd}, ed), Longman group, London.

-Flener, F., (1986),Teacher Training and Teacher Inservice: The under pinings of Mathematics Teaching In England. **Social Science and Mathmatics**, 86(1), pp 51-60.

-Ford, A., Davern, L., &Schnorr, R. (1992) **"Making sense" of the curriculum.** Ins. Stainback & W. stainback (Eds)., Curriculum Considerations in luclusive Classroom: Facilaiting Learning for all students. (pp. 37-61).

-Halvorsen, A.T., & Sailor, w. (1990), Integration of students with severe and profound disabilitis: Areview of research. In R. Gaylord- Ross (Ed) **Issue and research In special Education** (pp. 110-172) Teacher College Press, New York.

-Harris, B., (1990),**Improving Staff performance through Inservice Education**, Allyn & Bacon, London.

-Hayden, A., &Pious, C., (1997), The case for early Intervention. In R. York & E. Edgor (Eds). **Teaching the Severly handicapped**, Seattle: American Association for the Severely /profoundly Handicapped.

-Katz, L. G., (1986), **Amatrix for Research on teacher Education, In: Holly**, Eric and others (eds) world year book of Education, professional Development of Teachers, London.

-Marwell ,B .W. (1990), **Summary evaluation Report: Integration of students with Mental Retardation.** Madison, WJ: Madison Metropolitan School District.

-Morant, R. W., (1982), **Inservice Education within the School**, Advison of Mac-millan publishing, London.

-Orinstein, A.C., and Miller, H. L. (1980), **Looking Into Teaching and Introduction to American Education**, Houghton Mifflin, company: Boston.

-Unesco, (1984), **Terminology of Technical and vocational Education**, Prepared by the Section of Technical and Vocational Education.



يهدف هذا الكتاب إلى تعريف الدارس لسيكولوجية الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصّة ، من حيث مفهوم التربية الخاصّة والأسس التي تقوم عليها والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها والإستراتيجيات التي تستند عليها والعوامل التي ساعدت على تطوّرها والبدائل التربويّة التي تقدّمها .

كما يهدف إلى تعريف الدارس بكل فئة من فئات التربية الخاصّة التسع من حيث تعريفها ، ونسبة إنتشارها ، وأسبابها ، وتصنيفاتها وتشخيصها والخصائص المميزة لكل فئة والبرامج التربوية المناسبة ، كما يتضمن الكتاب إرشادات وتوجيهات ذات علاقة بالتعامل مع كل فئة من فئة الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة .

وأخيراً يهدف هذا الكتاب إلى تعريف كل من الدارس والقارىء المهتم بهذه الفئة من الأطفال بأهم القضايا والإتجاهات العالمية الحديثة في مجال خدمات ذوي الإحتياجات الخاصة .

المؤلفون




9 789957 063597